Rok XLI. Kraków, 19 Kwietnia 1902. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O racyonalnym składzie i terapeutycznem stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpieli do kuracyi letnich.

Napisał
Dr. W. Jaworski
profesor medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

W nowszych czasach stosuje się leki coraz częściej w rozcieńczonych rozczynach wodnych, przesyconych kwasem węglowym. Gaz ten nadaje rozczynom nietylko smak przyjemny, lecz sprawia to, że leki bywają łatwiej znoszone i wessane, a nadto działa kwas węglowy podniecająco na trawienie, na czynność układu nerwowego i nerek. Rozczyny wodne ciał leczniczych, nasycone kwasem węglowym, nazywamy wogóle wodami leczniczemi. Jedne z tych rozczynów zawierają w rozpuszczeniu same sole mineralne, nazywamy je przeto wodami leczniczemi mineralnemi. W innych znów rozpuszczone są związki ciał organicznych lub roślinnych, jak np. kwas salicylowy, salicylan sodowy, wapniowy, magnowy, cytrynian lub winian żelazowy, kreozot, piperazyna i t. d. Te nazywamy dla odróżnienia od mineralnych wodami leczniczemi organicznemi. W niniejszej rozprawie zajmiemy się tylko wodami leczniczemi składu mineralnego.

Używanie mineralnych wód leczniczych zwiększa się z dnia na dzień. Istnieją jednak oprócz zewnętrznych przyczyn jeszcze i wewnętrzne, które stają na przeszkodzie ich rozpowszechnieniu. Najprzód należałoby ustalić zasady, na których ma być oparty skład chemiczny wód leczniczych. Następnie należy wprowadzić dla nich nazwy, któreby dla lekarza były łatwe do zapamiętania i równocześnie oznaczały skład ilościowy wody leczniczej, odejmując im wszelkie cechy tajemniczości. Wogóle powinny wody lecznicze odpowiadać następującym warunkom co do swego składu i istoty:

a) Do rozpuszczania należy używać wody przekroplonej.

b) W rozczynie ma się znajdować działająca sól mineralna wraz z dodatkiem innych soli, które działanie głównego składnika wzmacniają lub czynią wodę łatwiej strawną, a stosunki osmotyczne stosownie do potrzeby regulują.

c) Zgęszczenie rozczynu stosuje się według składu chemicznego i stosunków osmotycznych cieczy międzykomórkowych ustroju, jakoteż według stopnia zadziałania na stan patologiczny chorego, jaki zamierzamy osiągnąć.

d) Rozczyny powinny być nasycone kwasem węglowym pod ciśnieniem.

e) Nazwy wód mineralnych leczniczych należy w ten sposób dobierać, aby przez nie skład ich chemiczny był wyrażony, przyczem winno się przestrzegać pewnego systemu. Oznaczeń dowolnych wód leczniczych należy unikać ze względu, aby nie uchodziły za leki tajne lub specyfiki

Aby powyższym warunkom zadość uczynić, wziąłem za podstawę skład chemiczny popiołu, najważniejszej i w największej ilości w ustroju znajdującej się cieczy międzytkankowej, tj. surowicy krwi. Według C. Schmidta znajdują się w 1000 gm. ludzkiej surowicy krwi, zamienionej na popiół, następujące ilości ciał nieorganicznych: Chloru 3,565; kwasu siarkowego 0,130; kwasu fosforowego 0,146; sodu 3,438; potasu 0,317; fosforanu wapniowego 0,300; fosforanu magnowego 0,220. Po obliczeniu tych składników na sole obojętne, skład ilościowy popiołu otrzymanego z jednego litra surowicy ludzkiej przedstawia się:

Siarkan potasowy	0.28
Chlorek potasowy	0,36
Chlorek sodowy.	5,59
Fosforan sodowy	0,27
Węglan sodowy.	2,63
Fosforan wapniowy	0,30
Fosforan magnowy.	0,22
Soli suchych	9.65 gm. *p. m.*

Ostatnią liczbę wziąłem za podstawę składu chemicznego mineralnych wód leczniczych z następującemi zmianami. Liczbę 9,65 zaokrągliłem dla dogodności obliczenia na 10 przez podniesienie ilości węglanu sodowego z 2,63 na 3.0, a ilość nierozpuszczalnych fosforanów wapniowego i magnowego zastąpiłem solą fosforową sodową, przez co powiększa się ilość fosforanu sodowego z 0,27 po zaokrągleniu na 0.7; nierozpuszczalny fosforan magnowy zastąpiono węglanem magnowym. Zawartość więc jednego litra rozczynu, utworzonego z tak zaokrąglonych ilości soli, a przybliżonego swym składem do surowicy krwi, będzie wynosić *pro mille:*

K_2SO_4	0,2
KCl	0,3
NaCl	**5,5**
Na_3PO_4	0,7
Na_2CO_3	**3,0** (= 4,74 natr. bicarb.).
$MgCO_3$	0,3 (= 0.53 magn. bicarb).
Soli suchych	10,0 gm. *p. m.*

I. Przez rozpuszczenie powyższych ilości soli w jednym litrze wody przekroplonej i po nasyceniu kwasem węglowym pod ciśnieniem, otrzyma się wodę mineralną leczniczą, którą chcemy nazwać normalną.

Normalna woda lecznicza jest według składu chemicznego wodą słono-alkaliczną i jako taka może być stosowana. Odnawia ona ciecze międzykomórkowe i działa łagodząco na błony śluzowe. Po wydaleniu z niej kwasu węglowego wolnego może być stosowaną jako rozczyn fizyologiczny.

Powyższa normalna woda mineralna jest punktem

wyjścia do wytwarzania wszystkich wód mineralnych leczniczych według następujących zasad: każda woda lecznicza, zawierająca w jednym litrze 10 gramów suchych soli mineralnych, nazywa się normalna. 5 gramów pół normalną, 3·3 gramów $^1/_3$ normalną, 2·5 gramów $^1/_4$ normalną, 15 gramów półtora-normalną, bez względu na jakość soli. Sole zawarte w leczniczych wodach mineralnych oblicza się jako obojętne i suche, bez wody krystalicznej.

Ilość gramów działającej soli, zawartej w wodzie mineralnej leczniczej, wyraża się w stopniach w ten sposób, że jeden gram *pro mille* soli działającej oznacza jeden stopień. Np. czterostopniowa bromowa lecznicza woda mineralna jest wodą, która zawiera w jednym litrze 4 gramy bromku sodowego. Dokładna nazwa wody mineralnej leczniczej będzie opiewać dla przykładu: „ośmio-stopniowa normalna woda alkaliczna" oznacza tyle, że w jednym litrze wody rozpuszczono 10 gramów suchych soli, a w tych ośm gramów suchego węglanu obojętnego; roztwór otrzymany przesycono kwasem węglowym pod ciśnieniem. Alkaliczna woda czterostopniowa półnormalna utworzoną została z pięciu gramów *p. m.* suchych soli, a w nich znajduje się cztery gramy suchego węglanu sodowego obojętnego.

Skład chemiczny pojedynczych wód leczniczych wyprowadza się w ten sposób, że w wodzie 1—, $^1/_2$—, $^1/_3$—, $^1/_4$—, normalnej (p. Nr. I.) podstawia się zamiast składników, tam zawartych, działające sole w stosownych ilościach, jednak zawsze tylko w ten sposób, aby całkowita ilość wszystkich soli, rozpuszczonych w jednym litrze, wynosiła zawsze 10; 5; 3·3; 2·5 gramów *pro mille.* Podstawienie działającej soli uskutecznia się na tej podstawie, że opuszcza się w rozczynach 1—, $^1/_2$—, $^1/_3$—, $^1/_4$—, normalnych (p. Nr. I.) pewną ilość soli dla danej wody mniej ważnych, a podstawia taki sam ciężar soli działającej, pozostawiając w roztworze dla dopełnienia ciężaru 10, 5, 3·3, 2·5 gramów pewną ilość takich składników, które działanie dodanej soli wspierają, lub smak wody polepszają. Jeżeli z jednego czynnego składnika utworzono dwie wody lecznicze, to oznaczono wodę z mniejszą ilością czynnego składnika jako słabszą, a z większą mocniejszą. Ilość pojedynczych soli podana jest na jeden litr *(pro mille)* w stanie bezwodnym zupełnie odpowiednio do przytoczonych niżej wzorów chemicznych.

Według powyższych zasad ułożono do użytku leczniczego 18 rodzajów mineralnych wód leczniczych, których skład i własności lecznicze poniżej przytaczam:

Dwie wody alkaliczne, słabsza i mocniejsza.

II. Alkaliczna woda słabsza jest czterostopniowa $^1/_2$ normalna woda lecznicza mineralna składu chemicznego *p. m.*

K_2SO_4	0,10	
KCl	0,15	
NaCl	0,25	
Na_3PO_4	0,20	
$MgCO_3$	0,30	(= 0,53 magn. bicarb.).
Na_2CO_3	**4,00**	(= 6,3 natr. bicarb.).

Soli suchych 5,00 gm. *p. m.*

Woda alkaliczna lecznicza rozrzedza śluz w przewodzie pokarmowym, w drogach oddechowych i moczowych, zobojętnia kwasy w moczu i w żołądku, przyspiesza wydzielanie moczu, żółci i soku trzustkowego. Odpowiada ona swą zawartością dwuwęglanu sodowego (6.3 *p. m.*) i fosforanu sodowego silniejszym zdrojom alkalicznym, jak: Vals 7·2: Biliny 4·2; Vichy 4·8; Fachingen 5,5; Fellathal 4,2; Vittel i t. d. Znajduje ona zastosowanie w tych samych chorobach, co i powyższe wody zdrojowe: w nieżycie kwaśnym i śluzowym żołądka, w nieżytach narządów oddechowych, przyczem ogrzana służy do płókania gardła; w nieżycie pęcherza i osadach moczanowych, w skazie moczanowej, w dnie, w chorobach wątroby, w nieprawidłowem wydzielaniu żółci, w kamicy żółciowej, cukromoczu i t. p. Stosowanie tej wody musi być połączone ze zachowaniem odpowiedniego higienicznego i dyetetycznego trybu życia, a w szczególności w nieżytach żołądkowo-kiszkowych i w cukromoczu. Równocześnie należy poprzeć leczenie w porze letniej przez polecenie pobytu pod opieką lekarską w sanatoryach lub stacyach klimatycznych, położonych bądź w wysokich górach, bądź nad morzem, a jeżeli to nie jest możliwe, to przynajmniej przez pobyt na świeżem powietrzu w dobrze urządzonych uzdrowiskach (p. niżej). Ilość wody pitej rano naczczo wynosi 1—3 szklanek[1]); nadto może chory popijać wodę alkaliczną kilka razy po szklance w ciągu dnia. Działanie wody alkalicznej zwiększa się przez picie na pół ogrzanej, co się uskutecznia w ten sposób, że ogrzewa się silniej pół szklanki wody, poczem dopełnia się ją wodą nieogrzaną. W rozstrzeniach żołądka korzystniej jest zastąpić słabszą wodę alkaliczną przez mocniejszą.

III. Alkaliczna woda silniejsza jest to 8-miostopniowa normalna woda lecznicza mineralna o składzie chem. *p. m.*

KCl	0,1	
NaCl	1,0	
Na_3PO_4	0,1	
$MgCO_3$	0,8	(= 1,41 magn. bicarb.).
Na_2CO_3	**8,0**	(= 12,6 natr. bicarb.).

Soli suchych 10,0 gm. *p. m.*

Alkaliczna mocniejsza woda lecznicza posiada większą zawartość dwuwęglanu sodowego (12,6 *p. m.*), niż jakikolwiek znany zdrój alkaliczny, (Vals 7·2, Biliny 4·2, Vichy 4·8 i t. d.). Używa się jej do zobojętnienia kwasu moczowego i żołądkowego w tych przypadkach, w których wprowadzanie większej ilości wody jest przeciwwskazane z powodu mechanicznego osłabienia żołądka. Stosuje się ją w wysokich stopniach nadmiernej kwaśności żołądka, skazie moczanowej, osadach moczanowych, zaburzeniach żółci i t. p. Rano naczczo podaje się $^1/_2$—$1^1/_2$ szklanki w kilku dawkach do picia. Wśród dnia poleca się do picia po $^1/_2$ szklanki w godzinę po każdem jedzeniu dla stępienia kwasów. Obok polecenia stosownej dyety i higienicznego trybu życia, poleca się w lecie picie tej wody pod kontrolą lekarską w miejscach klimatycznych, uzdrowiskach (p. niżej), w stacyach nadmorskich, stosownie do stanu chorobowego.

IV. Słona woda lecznicza słabsza jest 8-stopniową normalną słoną wodą mineralną składu chem. *p. m.*

Na_2SO_4	1,0	
NaCl	**8,0**	
$MgCO_3$	0,5	(= 88 magn. bicarb).
Na_2CO_3	0,5	(= 0,79 natr. bicarb.).

Soli suchych 10,0 gm. *p. m.*

[1]) Szklanka wynosi przeciętnie około 250 c³.

Slabsza słona woda lecznicza odpowiada solankom o średniej zawartości soli kuchennej: Kissingen (Rakoczy 5·8); Wiesbaden 6·8; Pyrmont (Salzquelle 7,0); Schmalkaden 9,3; Homburg (Elisabethquelle 9·8); Mondorf 8,7; Mergentheim 6,6; Bourbonne les Bains 5.9; Dürckheim 9,2; Salzbad 5,2; Münster a. Stein 7,9 i t. d Bywa też w tych samych chorobach polecaną co i powyższe zdroje, w celu podniecenia trawienia, przyspieszenia przemiany materyi, wzniecenia czynności wydzielniczej błon śluzowych. Używa się jej przeto do leczenia nieżytu górnych i dolnych dróg oddechowych, nieżytu śluzowego żołądka, jelit i przewodów żółciowych, w skłonności do zaparcia stolca, w obrzękach wątroby i śledziony w dnie, w zołzach, w nieżytach i przewlekłych zapaleniach macicy i jajników, w celu usunięcia pozostałości po wypocinach i t. d. Wodę pije się naczczo od 2—3 szklanek. Osoby z trawieniem wrażliwem używają wody na pół ogrzanej, przez co wypróżniające działanie wody znacznie się osłabia. W lecie wskazany jest równoczesny pobyt w klimacie górskim lub nad morzem, jakoteż stosowanie słonych kąpieli gazowych leczniczych (p. niżej), w innych znów lekkie zabiegi hidryatyczne (p. niżej) pod kierownictwem lekarza.

V. Słona mocniejsza woda lecznicza jest 13-sto stopniową $1^1/_2$ normalną słoną wodą mineralną leczniczą składu chem. *p. m.*

Na_2SO_4	0,5
NaCl	**13,0**
$MgCO_3$	1,0 (= 1,77 magn. bicarb.).
Na_2CO_3	0,5 (= 0,79 natr. bicarb.).

Soli suchych 15,0 gm. *p. m.*

Mocniejsza woda słona ma skład chemiczny i działanie podobne, jak najsilniejsze solanki: Hall 12·1; Königsdorf-Jastrzemb 11·4; Nauheim (Curbrunnen 15,4); Neuhaus (Bonifaciusquelle 14.7); Rehme (Bitterbrunnen 12,6); Kreuznach (Oranienquelle 14,1); Salzschlirf (Tempelbrunnen 11·1); Soden 14·5; i t. d. Działanie tej wody na trawienie, wydzielanie błon śluzowych i przemianę materyi jest podobne, jak słabszej słonej, lecz o wiele energiczniejsze. Używa się jej w tych chorobach, co i wymienionych wód zdrojowych; przedewszystkiem w nieżycie jelit, połączonym z silnem zaparciem żywota, w przekrwieniu narządów brzusznych, zwłaszcza w powiększeniu wątroby, w otyłości, skazie moczanowej, dnie, w przewlekłych zapaleniach macicy i t. d. Wodę pije się od 1—3 szklanek rano naczczo, przyczem unika się drażniących pokarmów, jak korzeni, surowych owoców i t. p. Pobyt letni, kierowany stosownie przez lekarza, w stacyach górskich lub nadmorskich, a zwłaszcza równoczesne leczenie hidryatyczne (p. niżej) wzmacnia działanie wody w wysokim stopniu.

VI. Alkaliczno-słona woda jest $2^1/_3$ stopniową $^1/_4$ normalną alkalicznosłoną wodą mineralną leczniczą składu chem. *p. m.*

$MgCO_3$	0,10 (= 0,17 magn. bicarb.).
NaCl	**1,00**
Na_2SO_4	0,05
Na_3PO_4	0,05
Na_2CO_3	**1,30** (= 2.1 natr. bicarb.).

Soli suchych 2,50 gm *p. m.*

Alkaliczno-słona woda jest bardzo smaczną, łagodnie działającą wodą leczniczą, której się używa w tych samych przypadkach chorobowych, co alkaliczno-słone zdroje w Ems, Gleichenberg, Luhaczowicach, Roisdorf, Rogat, Weilbach i t. d. Może być poleconą do picia jako stołowy napój zamiast wód: selterskiej, giesshübelskiej, krondorfskiej, Apollinaris i t. p. Działa ona ługująco na ustrój i jest napojem moczopędnym, podniecającym także trawienie i łaknienie, a kwasy słabo zobojętniającym. Stosuje się ją także do rozcieńczenia silniejszych wód mineralnych leczniczych, jak np. mocniejszej wody alkalicznej Nr. III, mocniejszej wody słonej Nr. V, wody jodowej Nr. XII, XIII; bromowej Nr. XIV, XV, wód arsenikalnych Nr. XVII, XVIII. Jako środka leczniczego poleca się wodę alkalicznosłoną w lekkich nieżytach błon śluzowych dróg oddechowych (w nieżytowem zapaleniu gardła, krtani i oskrzeli) tak do picia, jak i do płókania i wziewania; w niestrawności żołądkowej, w nieżytach dróg moczowych i żółciowych w pozostałości po wypocinach i t. d Wody używa się najstosowniej naczczo w ilości 1—2 szklanek, jako też w ciągu dnia kilka razy jako napoju stołowego. Osobom wrażliwym zaleca się wodę na pół ogrzaną, przez co wessalność jej się zwiększa; do płókania używa się także wody ogrzanej. Wielką korzyść przynosi równoczesny pobyt letni pod opieką lekarską w górskich miejscowościach klimatycznych, w uzdrowiskach (p. niżej), nad morzem. W wielu przypadkach wskazane jest picie wody z równoczesnym pobytem w zakładzie wodoleczniczym (p. niżej). (C. d. n).

II. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i c. k. powszechnego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.

Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań.

Napisał
Dr. Leonard Bier
adjunkt zakładu.

Nie ma może w zakresie higieny publicznej sprawy, któraby w równym stopniu zajmowała uwagę lekarzy praktycznych i szerszego ogółu ludności, jak sprawa odkażania mieszkań po chorobach zakaźnych. W higienie doświadczalnej sprawa ta w ostatnich kilku latach dała powód do napisania bardzo wielu prac, powołała cały szereg badaczy, słowem więcej się nią zajmowały umysły higienistów z zawodu, aniżeli niejedną inną kwestyą.

Śledząc za wynikami tych prac, spostrzega się od niedawna znaczne wyjaśnienie pojęć co do działania środków odkażających, określenie, czego spodziewać się możemy po tych środkach przy zastosowaniu ich do mieszkań, wreszcie ustalenie metod, jak je stosować należy, by odkażenie mieszkania dawało pewność.

Zajmując się od lat kilku badaniem wartości coraz to nowych sposobów odkażania mieszkań, badając w czasie wycieczek higienicznych po Niemczech organizacyę odkażania w kilku miastach, które cieszą się wzorowemi urządzeniami w zakresie higieny publicznej, uważałem za rzecz pożyteczną podzielić się wynikami tych badań w przekonaniu, że ostatnie sposoby odkażania mieszkań są tak pewne i tak dalece praktyczne, że powinny znaleść i u nas zastosowanie — tem więcej, że u nas choroby zakaźne więcej grasują i większy zbierają plon. Pracę moją podzieliłem na dwie części, zamierzając w pierwszej omówić nowoczesne

sposoby odkażania mieszkań, ich wartość naukową i praktyczną, pozostawiając omówienie organizacyi odkażania do części drugiej.

Jakkolwiek leży to również w interesie ogółu, by już w czasie choroby otoczenie chorego było odkażane, pomijam jednak sposoby odkażania, które stosować należy już w tym okresie, zaliczając tę sprawę raczej do zakresu higieny prywatnej osób, otaczających chorego i do obowiązków lekarza ordynującego, aniżeli do zakresu działania władz, których pieczy powierzone jest zdrowie ogółu. Według dotychczasowych ustaw i rozporządzeń sanitarnych Austryi władza lekarza urzędowego, z wyjątkiem wyjątkowych okoliczności, grożących bardzo wielkiem niebezpieczeństwem n. p. podczas wybuchu epidemii moru lub cholery, nie sięga tak daleko, by przysługiwało mu prawo zarządzeń odkażających już w ciągu choroby. Natomiast obowiązkiem władz lekarskich, czuwających nad policyą zdrowia, jest przeprowadzenie odkażania po ukończeniu choroby.

Przed odkryciem bakteryj, jako przyczyny przeważnej liczby chorób zakaźnych, odkażanie mieszkań przedstawiało się o wiele prościej, aniżeli obecnie. Do odkażenia mieszkania wystarczało spalenie w niem pewnej ilości siarki. Ubranie i inne przedmioty, do których nie można było zastosować gotowania, lub których dla większej wartości nie można było spalić, ogrzewano w specyalnych komorach, lub też naparzano parą wodną w kotłach w ciągu kilku minut. Obumieranie roślin w mieszkaniach wykadzanych siarką, zamieranie pluskiew i wszy w przedmiotach ogrzewanych lub naparzanych, było według pojęć ówczesnych dostateczną rękojmią, że i wszelkie twory uorganizowane, jakie już w owym czasie podejrzywano w czynnikach przyczynowych chorób zakaźnych, wyginą, jeżeli zastosuje się środki te do przedmiotów, na których najprawdopodobniej mieszczą się zarazki. Prócz bezwodnika kwasu siarkawego stosowano wtedy także chlor, gdyż wierzono, że gazy, przenikając przedmioty, łatwiej niż płyny odkażają przedmioty na wskróś. Wkrótce jednak odkrycie ważniejszych zarazków chorób zakaźnych, w szczególności badania Kocha[1]), obaliły wiarę w wartość odkażającą pary siarki spalonej. Nawet w ilości przekraczającej znacznie ilość w praktyce desinfekcyjnej stosowaną, bezwodnik siarkawy nie zabija zawsze bakteryj, a działalność jego natomiast się wzmaga, lecz tylko na powierzchni przedmiotów, jeśli zwiększymy obfitość pary wodnej w mieszkaniu, przyczem jednak przedmioty metalowe i tkaniny, szczególnie barwione, znacznemu ulegają zepsuciu. Te ujemne wyniki co do wartości odkażającej pary siarki spalonej, stwierdzone przez Kocha, jak również analogiczne prace Proskauera i Fischera[2]), odnoszące się do chloru i bromu, sprawiły, że środki te ustąpić musiały z praktyki odkażania mieszkań.

W późniejszym czasie poznano wybitne własności bakteryobójcze rozczynów kwasu karbolowego, sublimatu i wapna żrącego. Koch, Gaffky i Löffler[3]) określili warunki, w jakich strumień pary wodnej działa na bakterye, zaś Esmarch[4]) stwierdził, że przez wytarcie ścian chlebem lub gąbką można je oczyścić z bakteryj. Środki te poczęto też stosować do odkażania mieszkań. Bielenie wapnem ścian tynkowanych, lub malowanych farbą olejną, ścieranie chlebem lub gąbką ścian tapetowanych i malowanych olejno, następnie zmywanie ich rozczynem kwasu karbolowego, zmywanie i ścieranie rozczynem karbolu sprzętów drewnianych, obijanych ceratą, zmywanie podłogi rozczynem mydła szarego, a następnie kwasu karbolowego, stosowanie pary wodnej w przyrządach do odkażania szat, pościeli i innych części urządzenia domowego, oto w krótkości zebrane sposoby odkażania mieszkań. Dla skutecznego przeprowadzenia odkażenia i przy zastosowaniu tych sposobów Guttmann i Merke[5]) wymyślili i zestawili cały zbiór przyborów, mających ułatwić wykonanie odkażenia; wyćwiczono w tym celu specyalną służbę sanitarną. Sposób ten, wprowadzony obowiązkowo znacznym kosztem, szczególnie w wielu miastach niemieckich, nie znajduje jednak poparcia wśród publiczności, a nawet lekarzy. Szerszy ogół nie dopatruje w bieleniu ścian, ścieraniu tapet chlebem, zmywaniu i skrapianiu kwasem karbolowym, w myciu podłogi i wycieraniu wilgotną szmatą, czy zmywaniu pendzlem sprzętów — niczego więcej, jak zwykłego gruntownego oczyszczenia mieszkania, które wykonać można siłami domowemi. Naruszenie sprzętów choćby bez uszkodzenia przez osoby obce, a jeszcze więcej zabieranie części urządzenia domowego — pościeli, bielizny i ubrań — po za dom, uważa publiczność za wdzieranie się w prawo własności, za krzywdę sobie wyrządzoną, krzywdę nieraz istotną, spowodowaną zepsuciem lub poplamieniem odkażanych parą przedmiotów. — Nie brak i pośród lekarzy nieufności w skuteczność tego rodzaju odkażania. Przedmioty obcierane za krótko stykają się z środkiem odkażającym; środek, użyty do skrapiania przedmiotów, szybko spływa z miejsc więcej wyniosłych, niema zatem czasu zadziałać na zarazki, jeżeli się na nim znajdują. Odkażanie mieszkań, wykonywane przez służbę stale do tego używaną, dzień po dniu, w sposób jednakowy i tak mechaniczny, jakim jest wyżej opisany, musi znudzić i znużyć nawet ludzi obowiązkowych, co również wpłynie ujemnie na skuteczność odkażenia przedmiotów, z wyjątkiem odkażonych parą. — Oto w krótkości zarzuty, czynione przez lekarzy temu sposobowi odkażania. Że zarzuty te słuszne, stwierdziły badania Silberschmidta[6]) i Flüggego[7]). Pierwszy z nich poddawał kontroli działalność służby, używanej do odkażania, w Zurychu, drugi w Wrocławiu. Stwierdzili oni przy tym sposobie odkażania, że nie wszystkie sztucznie zakażone miejsca podłogi, ścian i mebli zostały odkażone. Brak popularności tego rodzaju odkażania obok powyższych wątpliwości co do jego wartości, oto przyczyny, które zmusiły do rozglądania się za innymi środkami, sposobami, usuwającymi niedogodności i brak pewności sposobu Guttmanna i Merkego.

Dawne spalanie siarki większem cieszyło się uznaniem wśród publiczności, więcej przemawiało do jej przekonania, aniżeli mycie i ścieranie. W wykadzaniu dopatruje się publiczność czegoś mistycznego, jak mistyczną jest dla niej istota chorób zakaźnych; w jej wyobraźni wykadzanie pewniej zniszczy chorobę, aniżeli woda, mydło i szczotka.

[1]) Koch: Mittheil. a. d. kaiserl. Gesundheitsamte, Bd. I.
[2]) Mttheil. a. d. kais. Gesundheitamte, Bd. II.
[3]) Mittheil. a. d. kais. Gesundheitamte Bd. I. 1881.
[4]) Zeit. f. Hyg. Bd. II. 1887.
[5]) Viertel. f. öffen. Gesundheitspflege 1891. Bd. 23.
[6]) Vierteljahr. f. öffentl. Gesundheitspflege Bd. 3. 1898. Str. 313.
[7]) Zeit. f. Hyg. u. Infections krankheiten Bd. 29.

Poszukiwacze nowego środka odkażającego przypuszczali, że również tylko gaz o własnościach bakteryobójczych zadość uczyni tym wymaganiom, które odpowiadałyby ogólnie pokładanym nadziejom w odkażaniu mieszkań. Tylko gaz o własnościach odkażających nadaje się do wnikania wszędzie i może odkazić równocześnie wszystkie przedmioty w mieszkaniu. To też gdy w roku 1888 pierwszy Löw[8]) zwrócił uwagę na odkażające własności formaldehydu, a Aronsohn[9]) i Trillat[10]) badania te potwierdzili, cała nadzieja rozwiązania tej tak trudnej sprawy spoczęła na tym nowym, bo dopiero od 1868 znanym związku chemicznym.

Zanim przystąpię do omówienia sposobów stosowania tego środka i jego wartości odkażającej przy zastosowaniu w mieszkaniu, uważam za rzecz pożyteczną pomówić o własnościach, jakie mieć powinien przetwór odkażający i o sposobach jego stosowania w mieszkaniu. Własności te są następujące: 1) powinien zabijać zarazki tej choroby, do której się go stosuje i to bezwzględnie pewnie, i wszędzie, gdziekolwiekby się znajdowały w mieszkaniu; 2) nie działać trująco na osoby, wykonujące odkażanie i mieszkańców odkażonego mieszkania; 3) nie niszczyć ścian, ani innych części urządzenia domowego; 4) działać możliwie najszybciej, aby mieszkańcy nie byli przez czas dłuższy pozbawieni mieszkania; 5) powinien być łatwym w użyciu tak, aby wykonanie odkażania nie wymagało umiejętności specyalnej; 6) być ile możności jak najtańszym. Prawie wszystkim tym warunkom zdawał się czynić zadosyć formaldehyd, bo działał na bakterye w hodowlach energicznie i szybko; wdechany w postaci pary nie oddziaływa wybitnie trująco, nie niszczy przedmiotów, a cena jego, jakkolwiek podówczas na razie dosyć znaczna, przy większem zapotrzebowaniu i ulepszonej wytwórczości spaść była powinna. Do otrzymania pary formaldehydu w celu odkażania mieszkań posługiwano się dwoma sposobami: parowaniem 40$^0/_0$ rozczynu t. zw. formaliny i alkoholem mrówkowym, który przez niezupełne spalenie w specyalnych lampkach utleniał się na aldehyd mrówkowy.

Okazało się jednak wkrótce, że pierwszy ze sposobów nie jest odpowiednim. Samoistne parowanie formaliny, nawet bardzo obfite, w szalkach płaskich nie zabijało zarazków w małych przestrzeniach nawet przy parowaniu w ciągu kilku dni (Oemichen[11]) i Philipp[12]). Również i parowaniem formaliny przez jej zagotowanie nie można było nasycić powietrza dostateczną ilością formaldehydu, gdyż przy zagęszczeniu rozczynu powyżej 40$^0/_0$ wskutek wcześniejszego parowania wody wydzielało się w formalinie ciało białe, polimeryczny związek formaldehydu, paraldehyd. Spodziewano się przeto osiągnąć ilość formaldehydu, potrzebną do zabicia wystawionych próbnych zarazków innym sposobem. Wytwarzanie aldehydu mrówkowego z alkoholu amylowego w lampkach, służących do tego celu, polega na własności zagęszczania i powolnego spalania się pary alkoholu, przechodzącej przez rozżarzoną siatkę lub wężownicę platynową. W niektórych z nich, już ulepszonych, dostęp powietrza jest tak uregulowany, że pozwala na możliwie najwolniejsze spalanie alkoholu i uzyskanie możliwie wielkiej ilości aldehydu. Są to lampy Barthela, zmodyfikowane przez Krehla, Trillata, Cambriera i Brocheta. Również i przy tym sposobie stosowania formaldehydu otrzymywano wyniki dodatnie tylko na powierzchni przedmiotów i to nie zawsze pewne. Zastosowanie lampek dla wywiązywania formaldehydu w celu odkażania większych przestrzeni okazało się trudnem, jak to z pracy Pfuhla wynika, z tego względu, że wobec małej pojemności lampek potrzeba ich użyć w większej liczbie. Zapalenie zaś wielkiej liczby lampek wymaga tak długiego przebywania w przestrzeni odkażanej, że dla wykonującego odkażenie grozi niebezpieczeństwo zaczadzenia się przez wdechanie pary tlenku węgla, wydzielanego równocześnie obok formaldehydu. Najwięcej jeszcze wymaganiom praktyki odpowiada przyrząd Trillata,[13]) zwany przez niego „appareil formogene à projection“ o zbiorniku pojemności 8—10 *l*, z którego przez kilka otworów wychodząca para alkoholu metylowego spala się przy uregulowanym dopływie powietrza w obecności rozżarzonej platyny i miedzi na aldehyd mrówkowy. Doświadczenia z tym przyrządem, dokonane przez Trillata, Bardeta i G. Rouxa, dawały wyniki dodatnie przy spaleniu 2—3 *l* alkoholu na 100 m^3 przestrzeni. Przyrządy te jednak nie znalazły zastosowania w praktyce, raz z powodu działania nie zawsze pewnego, powtóre dlatego, że nie są ekonomiczne. Jak to bowiem wykazał Strüver[14]), spala się w nich zaledwie 7—9$^0/_0$ alkoholu na aldehyd, podczas gdy reszta utlenia się na tlenek węgla, bezwodnik węglowy i wodę. Do zabicia niezarodnikujących bakteryj cholery, duru, błonicy, paciorkowca, potrzebna jest ilość 3,8 grm. formaldehydu na 1 m^3, a tę otrzymuje się dopiero z 60 grm. alkoholu, przez co koszta odkażenia mieszkania o niewielkiej pojemności narastają do 20-tu i więcej koron. Koszta te zdwajają się przy odkażaniu więcej opornych zarazków zarodnikujących, odpowiednio do podwójnej ilości potrzebnego alkoholu.

Różnicę skuteczności działania pary aldehydu w przestrzeniach większych, w porównaniu do skuteczności jej pod kloszami, w skrzyniach i szafach, tłómaczono sobie polimeryzacyą pary, która stykając się z przedmiotami zimnymi, zamienia się na ciało stałe, odkażająco prawie nieczynne, t. j. w *trioxymetylen*, czyli paraformaldehyd. Zapobiedz tej polimeryzacyi formaldehydu usiłowali badacze. Trillat w swoim „autoclave formogène“, ogrzewalnym kotle zamkniętym, zaopatrzonym w manometr, ciepłomierz i rurkę, którą para aldehydu pod ciśnieniem 3—4 atmosfer dziurką od klucza do mieszkania się przedostawała, zapobiegał polimeryzacyi przez dodatek chlorku wapna i wody do formaliny — (na 1 litr formaliny dodawał 400 grm. wody i 200 grm. chlorku wapniowego). Wyniki otrzymane przez wynalazcę, oraz G. Rouxa i Bosca[15]) Niemana[16]), Pfuhla[17]), Strüvera[18]) wykazywały znacznie pewniejsze działanie tego

[8]) Oscar Löw: Berichte der Gesell. f. Morphologie u. Physiologie ref. Münch. med. Woch. 1888.

[9]) Berlin. klin. Wochen. 1892. N-o 3 d.

[10]) Compt. rend. CXIV.

[11]) Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte. Bd. 11.

[12]) Münch. med. Wochs. 1894.

[13]) Trillat: La formaldehyde et ses applications pour la désinfection des locaux contaminés. Paris. Georges carré 1896.

[14]) Zeit. f. Hyg. u. Infektiónskrankheiten 1896 Bd. 25.

[15]) Annales de l' Inst. Pasteur 1896.

[16]) Deut. med. Woch. 1896.

[17]) Zeit. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten Bd. 24. 1897.

[18]) *l. c.*

sposobu odkażania, aniżeli poprzednich. W 2 doświadczeniach, wykonanych przezemnie w pokoju o pojemności 39 m^3, otrzymałem obumarcie wszystkich powierzchownie wystawionych zarazków błonicy, duru, cholery, a nawet zarodników wąglika; natomiast schowane w głębi pod ubraniem, grubszą chustką i w kieszeni nitki z bakteryami niezarodnikującemi zachowywały żywotność swoją. Według Strüvera wyniki te otrzymuje się przy zastosowaniu 2,5 grm. formaldehydu na 1 m^3. Ponieważ zaś w kotle pozostaje zawsze pewna ilość mieszaniny formaliny z wodą i chlorkiem wapniowym, używać należy na 1 m^3 10 ctm^3 formochlorolu, jak mięszaninę tę nazwał Trillat.

Wyzyskanie formaldechydu przy zastosowaniu formochlorolu jest o wiele większe, aniżeli przy zwykłem parowaniu formaliny, bo wynosi prawie 78% (w stosunku do 28—50% przy zwykłej formalinie). Ujemny wynik otrzymuje się (Trillat, Pfuhl) przy użyciu formaliny, zawierającej alkohol metylowy; przy ogrzewaniu bowiem łączy się alkohol z aldehydem na nieczynny dla odkażania *methylal*. W porównaniu do poprzednich sposobów stosowania formaldehydu ma ten sposób Trillata obok pewniejszego, chociaż tylko powierzchownego, działania odkażającego, tę nadto zaletę, że daje się zastosować zewnątrz przestrzeni zakażonej. Wadą natomiast jego jest to, że działa pod znacznem ciśnieniem, więc z obawy wybuchu wymaga umiejętnej obsługi, a nadto jest drogi.

Aronsohn otrzymał odkażenie mieszkań czystym gazem. Użył on do tego celu spolimeryzowanego paraldehydu, wyrabianego w pastylkach 1 gramowych przez fabrykę Scheringa. Paraldehyd, ogrzany w specyalnej lampce (zwanej „Aesculap“) depolimeryzuje się przy ciepłocie 150° C. i jako formaldehyd rozchodzi sie po przestrzeni. Polimeryzacyi w przestrzeni spodziewał się zapobiedz Aronsohn parą wodną, wytworzoną przy spaleniu spirytusu, ogrzewającego lampkę. Stosując 1 grm. paraformaldehydu na 1 m^3, zabijał Aronsohn[19]) w przeciągu 24 godzin bakterye niezarodnikujące, a 2 grm. zabijały już pewnie zarodniki wąglika i wszelkie bakterye zawarte w kurzu mieszkania. Dodatni ten skutek otrzymywał Aronsohn wobec zarazków, znajdujących się powierzchownie, przykrytych kilkoma warstwami bibuły lub cienkiem płótnem; natomiast zarazki wewnątrz materaców i poduszek, jak również w kieszeniach, uchodziły śmierci. Podobne wyniki otrzymał Fairbanks[20]), który na podstawie doświadczeń swych twierdzi, że ogrzaniem powietrza w odkażanym pokoju do 22° C można skrócić czas działania przy użyciu lampki i pastylek Scheringa do 8, względnie 10 godzin, przyczem nawet zarodniki wąglika udaje się zabić. Doświadczenia zaś Gemünda[21]), Elsnera Spieringa[22]), jak również Czaplewskiego[23]) i Kaupa[24]) nie przemawiały za tak pewnem i zawsze skutecznem działaniem. W doświadczeniach Elsnera i Spieringa nie zawsze obumierały zarazki duru i gronkowca złocistego; Kaupowi nie udawało się zabijać bakteryj gruźliczych w plwocinie. Doświadczenia wykonane w Krakowie, początkowo wspólnie z prof. Bujwidem i pod jego kierunkiem, wykazywały po 24 godzinnem działaniu tylko żywotność bakteryj zarodnikujących, natomiast niezdolność do rozwoju wszystkich innych, nawet dosyć ukrytych. Nieszczelność okien i drzwi powstrzymywała odkażanie. Gruber[25]) w orzeczeniu swem w austryackiej Najwyższej Radzie zdrowia nie zaleca tego sposobu do odkażania mieszkań, uważając za pewniejsze zmywanie i ścieranie przedmiotów, ścian i podłóg płynnymi środkami odkażającymi, oraz zeskrobanie ścian i ich bielenie. (c. d. n.).

[19]) Zeit. f. Hyg. u. Infectionskrank. 1897. Bd. 25.
[20]) Cent. f. Bacter. Abth. I. Bd. XXIII. Nr. 1, 2 i 16.
[21]) Münch. med. Woch. 1897 Nr. 50.
[22]) Deut. m. Woch. 1898. Nr. 46.
[23]) Münch. m. Woch. 1898. Nr. 41.
[24]) Wien. med. Woch. 1899. Nr. 42.
[25]) Oesterr. Sanitätswesen 1898. Nr. 40 i 41.

III. Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Badania przemiany pierwiastków w rozmiękczeniu kości.

Podał

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Oceniając i porównując ze sobą wyniki oznaczeń z pojedynczych dni i z całych okresów, w każdym prawie kierunku dostrzedz można szczegóły, które tok przemiany pierwiastków w tym zakresie, w którym w naszych przypadkach była badana, wyróżniają od toku prawidłowego.

Zacznijmy od oznaczeń fosforu.

W obu przypadkach otrzymywano podczas każdego okresu, jakkolwiek nie bez dość znacznych wahań, bilans dodatni kwasu fosforowego. W pierwszem spostrzeżeniu wynosiła dzienna ilość P_2O_5, zatrzymywanego w ustroju, w okresie pierwszym 1·26 gm., w drugim 0·35 gm., w trzecim 1·20 gm., w czwartym 0·80 gm., w piątym, podczas podawania kołaczyków jajnikowych, 0·13 gm. Pożywienie prawie wyłącznie roślinne okresu drugiego wpływało, jak z przytoczonych liczb wnosić można, podniecająco na wydzielanie fosforu; podobnie działało także podawanie jajników.

W drugiem spostrzeżeniu wynosił dodatni dzienny bilans P_2O_5 w okresie pierwszym 0·34 gm., w drugim 0·13 gm., w trzecim 0·95 gm., w czwartym 0·82 gm. Wyniki były więc tutaj cokolwiek różne. W okresie dyety mięsnej otrzymano wprawdzie nieco wyższą liczbę, wskazującą ilość niewydzielonego kwasu fosforowego, aniżeli w następnym okresie dyety mięszanej, ale za to już w okresie trzecim, przy tym samym składzie pożywienia, przewyższyła ilość zatrzymywanego fosforu bilans dodatni pierwszego okresu. W ostatnim, czwartym okresie stwierdzono, podobnie jak w ostatnim okresie pierwszego spostrzeżenia, pewne wzmożenie się wydzielania kwasu fosforowego podczas podawania kołaczyków jajnikowych; było ono jednak za mało wybitne, aby z tego wzmożenia stanowcze wysnuwać wnioski. Trudno też wobec uzyskanych wyników mówić w tym przypadku o stanowczym i wybitnym wpływie składu pożywienia lub istoty, działającej w kołaczykach jajnikowych, na wydzielanie kwasu fosforowego.

Okoliczność ta, że w obydwóch przypadkach rozmiękczenia kości, co do przebiegu i stanu choroby w danej chwili niejednakowych, stale stwierdzić można było zatrzymywanie się fosforu w ustroju, zasługuje na dobitne zaznaczenie i podniesienie.

Niemniej ciekawy jest drugi szczegół, zwracający uwagę przy oznaczeniach kwasu fosforowego. W każdym mianowicie okresie stwierdzić można było wyraźną zmianę wzajemnego stosunku między ilością P_2O_5, wydzielonego w moczu i w kale. Podczas gdy w warunkach prawidłowych, przy zwykłym sposobie żywienia przeszło 80% fosforu, wprowadzonego z pokarmami, pojawia się w moczu, przy dyecie wyłącznie mięsnej nawet około 95%, to w naszych oznaczeniach otrzymywano liczby odsetkowe o wiele niższe, niekiedy nawet bardzo nizkie. Wogóle zaś wahała ilość kwasu fosforowego, wydzielonego w moczu między 60—75%.

Podobne stosunki wydzielnicze spostrzegać można stale u zwierząt roślinożernych, doświadczalnie wywołać je można także u ludzi. Pokarmy roślinne zawierają, jak to powszechnie wiadomo, bardzo znaczne ilości kwasu fosforowego, ale zawierają także nader obficie zasady, między niemi zasady ziemne, przedewszystkiem wapno. Mocz zwierząt, żywiących się roślinami, zawiera bardzo tylko małe ilości kwasu fosforowego; kał zato obfituje w fosfor. Dzieje się to właśnie skutkiem wprowadzania do ustroju wielkiej ilości zasad. Że tłómaczenie powyższe, ogólnie przyjęte, najzupełniej jest słuszne, dowodzą dostatecznie doświadczenia, przedsiębrane na ludziach. Wykazują one, że ilość fosforu, wydzielanego w moczu, można znacznie obniżyć, podnosząc równocześnie ilość fosforu, zawartego w kale, przez podawanie w większej obfitości połączeń zasadowych, zwłaszcza zaś przez podawanie soli wapniowych.

Jeśli zaś warunkowy nadmiar wapna powoduje zmniejszenie się ilości kwasu fosforowego w moczu, a zwiększenie się w kale, to takie same następstwa sprowadzić musi warunkowy niedobór wydzielanego fosforu. A z takim właśnie warunkowym niedoborem wydzielniczym, spowodowanym zatrzymywaniem kwasu fosforowego przez ustrój, spotykaliśmy się w całym szeregu okresowych naszych oznaczeń. Zupełnie więc słusznie przypuszczać można, że zmiana stosunku wydzielniczego była wypływem względnego niedoboru kwasu fosforowego. Przypuszczenie to popierają zresztą także i wyniki oznaczeń wapna w obu spostrzeżeniach.

Wydzielanie soli wapniowych odbywało się jakościowo w podobny sposób, jak w warunkach fizyologicznych, to znaczy, że przeważna część wapna opuszczała ustrój w kale, nieznaczna tylko w moczu; ilościowo jednak stwierdzić można było mniej lub więcej wybitne różnice i wahania stosunkowe.

W przypadku pierwszym otrzymywano w trzech pierwszych okresach w moczu ilości wapna, leżące najzupełniej w granicach prawidłowych. W okresie pierwszym i drugim niedostrzeżono nawet znaczniejszych wahań dziennych. Pojawiać się one zaczęły dopiero z końcem trzeciego okresu, a w ostatnim dniu tegoż okresu spadła ilość wapna wydzielonego w moczu prawie o połowę pierwotnej wartości. Wybitniejsze różnice wystąpiły w okresie czwartym, a zwłaszcza w piątym, w którym mocz zawierał bardzo małe ilości wapna, stanowczo już nieprawidłowo małe. Podnieść przytem trzeba, że w miarę tego ubożenia podnosiła się ilość wapna w kale, malał równocześnie pierwotny bilans dodatni, aż wreszcie w okresie czwartym i piątym przeszedł w bilans ujemny. W okresie pierwszym wydzielało się z moczem około 25% wapna, dzienny bilans dodatni wynosił 0·33 gm.; w okresie drugim około 17%, bilans dodatni spadł pomimo większej ilości wapna w pokarmach (okres dyety roślinnej) do 0·10 gm.; w okresie trzecim znajdowano w moczu około 20% CaO, bilans dodatni wynosił już zaledwo 0·008 gm.; w okresie czwartym przy dalszem obniżeniu do 16% pojawił się bilans ujemny — 0·15 gm. W okresie ostatnim, w którym w moczu wydzielało się zaledwo 10% wapna, wynosił bilans ujemny — 0·36 gm.

Bardzo podobnie układały się stosunki także w drugiem spostrzeżeniu. Różnica polegała na tem tylko, że w przypadku tym, z wyjątkiem okresu trzeciego, w którym wystąpił nieznaczny bilans dodatni, wynoszący 0.05 gm. CaO dziennie, zawsze stwierdzano bilans ujemny, najznaczniejszy w okresie drugim, podczas którego nadmiernie wzrosła ilość wapna, wydzielanego w kale. W obu spostrzeżeniach, zwłaszcza zaś w drugiem, występuje na jaw nader wyraźnie wzajemna zależność w wydzielaniu kwasu fosforowego i wapna. Ilekroć razy pojawiało się mniej wapna w moczu, a więcej w kale, spadała także ilość fosforu w moczu, podnosiła się ilość fosforu w kale i naodwrót.

O wydzielaniu azotu ogólnie przedewszystkiem zaznaczyć trzeba, iż odbywało się ono bardzo nierównomiernie. Zwłaszcza, gdy w pokarmach podawano znaczniejsze ilości białka, przydarzały się tak wybitne różnice dzienne, że wprost uderzać musiały. Wśród naszych spostrzeżeń dostarczają w tym kierunku wybitnych przykładów oznaczenia, wykonywane w pierwszych okresach w obydwóch przypadkach. W pierwszym z nich zawierały pokarmy po 19·8 gm., w drugim po 17 gm. azotu dziennie. Różnice ilości azotu w moczu dochodziły w tym czasie do 4 gm. Niedostateczne spalanie ciał azotowych w jednym dniu pokrywał ustrój spaleniem nadmiernem w dniu następnym, lub w jednym z następnych. Wogóle jednak przeważała w naszych przypadkach dążność do zatrzymywania azotu. W pierwszym z nich była ona nawet dość stała, tak, że we wszystkich okresach stwierdzano większy lub mniejszy okresowy bilans dodatni. W przypadku drugim otrzymano w dwóch pierwszych okresach bilans dodatni, w trzecim i czwartym okresie ujemny.

Współczynnik $\frac{P_2O_5}{N} = 1:8{\cdot}1$, oznaczający stosunek kwasu fosforowego do azotu w moczu przy żywieniu się pokarmami mięsnymi, zatrzymany był z pewnemi zmianami w spostrzeżeniu drugiem, w którem w pojedyńczych okresach otrzymywano liczby, leżące nader blisko powyższej cyfry. W okresie pierwszym wynosiła ostatnia liczba proporcyi 8·2, w drugim 8·6, w trzecim 7·7, w czwartym 8·2. — Natomiast w przypadku pierwszym dostrzedz można było bardzo wyraźną różnicę powyższego stosunku. Odnośne liczby wynoszą w okresie pierwszym 4·6, w drugim 4·4, w trzecim 6·9, w czwartym 7·5, w piątym 6·9. Co do okresu pierwszego, a zwłaszcza drugiego nizką tę cyfrę wytłómaczyć można wysoką stosunkowo wartością fosforu pokarmów, w drugim także ubóstwem tychże w azot. W trzech ostatnich okresach przyczyna leżała wyłącznie tylko w obfitszem wydzielaniu kwasu fosforowego drogą nerek.

W streszczeniu przedstawiałyby się wyniki oznaczeń przemiany materyi, uzyskane w naszych przypadkach, w następujący sposób:

1. Spalanie ciał azotowych odbywa się w przebiegu rozmiękczenia kości nierównomiernie.

2. Pochodzi stąd, że ilość azotu, wydzielanego przez chory ustrój tak w pojedyńczych dniach, jakoteż w całych okresach, jest niejednakowa. Bilans azotu bywa bądź dodatni, bądź ujemny, znacznie rzadziej nastaje zupełna równowaga azotowa.

3. Ilości kwasu moczowego, wydzielanego średnio, leżą w granicach fizyologicznych. Często jednak przydarzają się dnie, w których kwas moczowy wydziela się w ilości zwiększonej.

4. W przypadkach rozmiękczenia kości nie zbyt dawnych, w których choroba przebiega łagodniej i nie wywołuje objawów wyraźnej chery (kacheksyi), zatrzymuje ustrój kwas fosforowy.

5. Wydzielanie kwasu fosforowego jest o tyle jeszcze upośledzone i nieprawidłowe, że związek ten pojawia się w znacznej stosunkowo ilości w kale, że równocześnie odsetkowa ilość jego w moczu jest mniejsza niż w warunkach fizyologicznych.

6. Wapno wydziela się przeważnie w kale. W moczu pojawiają się ilości zmienne, bardzo często o wiele niższe, aniżeli w warunkach fizyologicznych.

7. Wydzielanie wapna bywa bardzo często wzmożone i przewyższa dowóz. Wynika stąd bilans ujemny wapna. W tym ostatnim razie zmniejszone jest wyraźnie wydzielanie wapna w moczu, czemu towarzyszy odpowiednie zmniejszenie się ilości kwasu fosforowego, wydzielanego w moczu.

Jeślibyśmy z wyników tych wnioski praktyczne wysnuwać chcieli, to zaznaczyćby można, że dla chorych, dotkniętych sprawą rozmiękczenia kości, wskazaną jest taka dyeta, w której stosunkowa i bezwzględna ilość fosforu jest dość wielka. Najodpowiedniejsze byłyby przeto pokarmy mięsne. A to tembardziej, że w pokarmach tych znajduje się także pewna ilość nukleiny, której, jak przypuszczam, chorzy na rozmiękczenie kości więcej potrzebują. Ciekawą też byłoby rzeczą dowiedzieć się, czy przez podawanie przez czas dłuższy kwasu nukleinowego nie udałoby się sprowadzić lepszych stosunków w przemianie pierwiastków, względnie poprawy samej choroby.

Drugi wniosek dotyczy sprawy rokowania. W ciągu moich doświadczeń dostrzegłem, że w przypadku pierwszym, w którym tok przemiany pierwiastków był wogóle pomyślny, każdemu chwilowemu pogorszeniu stanu chorej towarzyszyły także zmiany wydzielnicze, przedewszystkiem zaś zmniejszała się ilość fosforu i wapna w moczu. W drugim przypadku, w którym w czasie ostatniego pobytu w klinice nie nastała widoczna poprawa stanu, mniej korzystnie przedstawiała się przemiana pierwiastków, zwłaszcza pod względem wydzielania fosforu i wapna. U tej chorej dwa powyższe ciała pojawiały się w moczu przeważnie w ilościach małych, bilans wapna był — jak to podnieśliśmy — we wszystkich okresach z wyjątkiem trzeciego ujemny. Wnoszę ztąd, że, znajdując w moczu prawidłowe ilości wapna i fosforu, nie stwierdzając przytem zbyt znacznych wahań w ilości wydzielanego azotu, przypuszczać można, że sprawa chorobowa nie tylko nie postępuje dalej, ale że okazuje dążność do przycichania i do poprawy, a nawet do stanowczego ustępowania. Jeśli się dzieje przeciwnie, a nieprawidłowe stosunki wydzielnicze śledzić i stwierdzać można przez czas dłuższy, wtedy w ciemniejszych barwach przedstawia się sprawa rokowania. Myśleć wtedy można o ostatnim zabiegu leczniczym, jakim rozporządzamy, o kastracyi. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Szymonowicz. **Lehrbuch der Histologie.** Würzburg. 1901).

Późno, to prawda, ukazuje się w „Przeglądzie lek." wiadomość o dziele prof. Szymonowicza, czego niech autor nie bierze za złe. Każdy, ktokolwiek miał w ręku Jego książkę, szczere uznanie dla pracy autora przyznać musi. Nie wchodzę w szczegóły, gdyż przekroczyłoby to ramy „Przeglądu lek.". Jak w każdem dziele ludzkiem znalazłyby się usterki, niedostatki; wobec istniejących zalet nie mają one znaczenia. Wykład jasny, zwięzły, przedmiotowość w przedstawieniu rzeczy, uwzględnianie zapatrywań różnych na zagadnienia sporne, co w podręczniku każdym uważam za bardzo ważne i konieczne, gdyż student dowiaduje się, co i o ile w zakresie przedmiotu traktowanego jest mniej lub więcej pewne, odznaczają to dzieło. Słusznie też spotkały książkę autora bardzo pochlebne oceny ze strony obcych, a do pochlebnej oceny, wypowiedzianej w Kosmosie przez prof. Kadyiego, przyłączam się w zupełności. Za zasługę poczytać należy autorowi, iż wszędzie uwydatnia Polaków, którzy w histologii pracowali, z czego student powziąść może wiadomość, iż i my przyczynialiśmy i przyczyniamy do wyjaśnieniu niejednej kwestyi.

Żałować należy, iż mimo intencyi autora, dzieło Jego ukazać się nie mogło w wydaniu polskiem, a piśmiennictwo polskie nie wzbogaciło się dziełem, które i ze względu na liczne wzorowe rysunki i tablice w części kolorowane, co w podręczniku histologii tak ważne ma znaczenie, odznacza się przed wielu innemi. Gorąco też polecam dzieło profesora Szymonowicza młodzieży naszej. *Prof. Browicz.*

Ziemmsen i Rieder. **Röntgenografia w medycynie wewnętrznej.**

Dotychczas wyszły nakładem Bergmanna w Wiesbadenie trzy zeszyty atlasu heliograficznego, który powinien zająć uwagę każdego lekarza chorób wewnętrznych, posiadającego przyrząd Röntgena najnowszej konstrukcyi. Dzieło poprzedzone jest wstępem o znaczeniu röntgenodyagnostyki i röntgenotechniki. Autorowie twierdzą słusznie, że i ten sposób badania, taksamo jak i wszystkie inne, osobliwie optyczno-dyagnostyczne, wymaga bardzo dokładnych przyrządów i bardzo wielkiej wprawy ze strony badającego.

Zeszyt I. zawiera dziesięć bardzo starannie wykonanych heliograwur z tekstem niemieckim i angielskim, odnoszących się przeważnie do układu kostnego i kosztuje on stosunkowo niezbyt wiele, bo tylko 15 mk.

Świeżo wydany zeszyt II. i III. w cenie księgarskiej 30 mk, mieści w sobie 11 tablic, odnoszących się ściśle do chorób wewnętrznych. Z pośród wzorowo wykonanych heliograwur zasługują na szczegółowe uwzględnienie obrazy kamicy nerkowej, przepukliny przeponowej, kostnicy mięśni i miażdżycowego zwyrodnienia tętnicy sprychowej i łokciowej. (W krak. kl. przekonano się wielokrotnie, że znaczenie rozpoznawcze röntgenografii narządów wewnętrznych jest o wiele pewniejsze, aniżeli röntgenoskopii. Jest ono bardzo kosztowne i wymaga wiele wprawy, a mimo to wyniki rozpoznawcze, osobliwie w zakresie kamyków nerkowych i kamyków żółciowych, bardzo często są niepewne).

E. K. (K. R. K. l.).

V. Wyciągi.

L. Dydyński. **O porażeniu Landryego** (*paralysis ascendens acuta*). (*Nowiny lekarskie* 1902, Z. 1, 2, 3). Na wstępie swej pracy daje autor ogólny pogląd na rozwój pojęć o tej choro-

bie od chwili wyodrębnienia jej jako samoistnej postaci chorobowej, przestrzegając porządku chronologicznego. Znajdujemy tam streszczone zapatrywania pierwotne szkoły francuskiej z Duchennem na czele, który pierwszy starał się o wykrycie anatomicznego siedliska choroby i upatrywał je w przednich rogach rdzenia — i nieco późniejsze zapatrywania Westphala, według którego porażenie Landryego miało być wyrazem zakażenia, względnie zatrucia. Obszernie omawia dalej autor nowsze prace, przeważnie autorów niemieckich, jak Kahlera, Picka, Schulza i Schulzego, Eisenlohra, Leydena, Eichhorsta, Strümplla i in., zajmujące się bardzo dokładnie tak stroną kliniczną omawianego cierpienia, jakoteż poznaniem zmian anatomicznych co do ich umiejscowienia, rozległości i jakości. Podnieść z nich wypada dwa szczegóły: Pierwszy, że objawy choroby ze stanowiska klinicznego w różnych przypadkach bywają różne, — drugi, że zmiany anatomiczne nie ograniczają się ściśle do pewnej tylko części układu nerwowego. Stwierdzono bowiem, że wbrew pierwotnym spostrzeżeniom występować mogą w przebiegu porażenia Landryego wybitne zmiany w czuciu, że mięśnie ulegają zwyrodnieniu, dającemu się wykazać przez badania prądem elektrycznym. Nie mniej ważne były wyniki badań anatomicznych, wykazujących rozsiane zmiany zapalne w rdzeniu kręgowym, przedewszystkiem w szyjnej jego części, stwierdzających nadto w niektórych przypadkach samodzielne zmiany zapalne w nerwach obwodowych. Że powodem tych z wszelkiem prawdopodobieństwem jest zakażenie, wykazywać się zdawały badania bakteryologiczne, wykonane przez Eisenlohra.

Prace anatomo-patologiczne skłoniły w swoim czasie Leydena do rozróżnienia dwóch postaci porażenia Landryego: postaci opuszkowej i postaci neurotycznej, różnych tak co do objawów, jakoteż co do usadowienia zmian anatomicznych.

Po powyższym wstępie podaje autor w drugiej części swej pracy opis dwóch przypadków, spostrzeganych przez siebie, a wreszcie kreśli na podstawie własnych i cudzych spostrzeżeń obraz kliniczny choroby i szkicuje jej przebieg. Po zawarte tam szczegóły, jako nie dające się streścić w krótkiem sprawozdaniu, odsyłamy czytelnika do oryginału.

W zapatrywaniach na patogenezę omawianej choroby zbliża się autor najbardziej do zapatrywań Krewera, wypowiadając zdanie, że porażenie Landryego jest następstwem schorzenia nerwów obwodowych, wywołanego działaniem bliżej nieznanych istot (toksyn). Charakter wstępujący porażenia tłómaczy nierówną odpornością nerwów; nerwy kończyn dolnych, jako najmniej odporne, ulegają wpływom szkodliwym najwcześniej, nerwy kończyn górnych później, nerwy opuszkowe najpóźniej.

O obfitości materyału literackiego, zużytkowanego przez autora, i o sumienności w opracowaniu obranego tematu świadczy poważna liczba prac, których spis znajdujemy na końcu rozprawy.

L. Korczyński (Kr. kl. I.).

Heibron. **O oderwaniu siatkówki w zapaleniu nerek u ciężarnej.** (*Berl. kl. Woch.* 1902, Nr. 4—5). W pierwszej części swej pracy przechodzi autor dotychczasowe publikacye, w drugiej zaś przytacza historyę 25-letniej ciężarnej, pierwiastki, u której w 8-mym miesiącu ciąży wystąpiła obustronna *neuroretinitis albuminurica* z częściowem oderwaniem siatkówki. Przypadłości te w 14 dni po sztucznie wywołanym porodzie w zupełności ustąpiły. We wszystkich spostrzeganych przypadkach nastąpiło wyleczenie po przerwaniu ciąży, w jednym nawet bez przerwania ciąży; zupełna jednak siła wzroku nie powraca z wyleczeniem, dlatego H. radzi przerywać ciążę jak najwcześniej. *P.*

Dr. L. Blumreich i Dr. L. Zuntz. **Uwagi doświadczalne i krytyczne nad patogenezą drgawek (eklampsyi).** (*Arch. f. Gynäk.* Tom 65, Zeszyt III). Znane spostrzeżenie kliniczne, że po pierwszym napadzie drgawek wystarczą już bardzo słabe bodźce w kierunku narządów płciowych, jak n. p. badanie, kateteryzacya, odkażanie, aby wywołać ponowne napady, przemawia za wzmożoną pobudliwością układu nerwowego. Spotkać się z tym stanem można w przebiegu ciąży prawidłowej, a odnosi się ona głównie do sfery zmysłowej. Znaną jest wrażliwość zmysłu, smaku, słuchu, powonienia u kobiet ciężarnych. Przy drgawkach jednak idzie o sferę ruchową. B. i L. przeprowadzili w tym kierunku szereg doświadczeń na ciężarnych i nieciężarnych zwierzętach ssących i doszli do przekonania, że istotnie mózg zwierząt ciężarnych znajdował się zawsze w stanie nieprawidłowo wzmożonej pobudliwości. Doświadczenia swoje robili ci autorowie w ten sposób, że w jednym ich szeregu posypywali ośrodki ruchowe kory mózgowej sproszkowaną kreatyną, w drugim zaś szeregu doświadczeń wstrzykiwali roztwór kreatyny do tętnicy szyjnej zewnętrznej. W obu razach wyniki były te same, a mianowicie: u zwierząt ciężarnych występowały zawsze mniej lub więcej typowe napady kurczowe, podobne do drgawkowych, podczas gdy u nieciężarnych objawy te stwierdzono tylko u niespełna $^2/_3$ zwierząt, użytych do doświadczeń; następnie zauważyli autorowie, że u ciężarnych potrzeba było do wywołania napadów dawek znacznie mniejszych, aniżeli u nieciężarnych.

W drugiej części swej pracy roztrząsają B. i Z. dotychczasowe teorye, usiłujące wytłómaczyć powstanie drgawek. Teorya Schrödera, dopatrująca przyczynę tej choroby w niedokrwności mózgu; Halberstmy — w ucisku ciężarnej macicy na moczowody; Rosensteina — w obrzęku mózgu wskutek utraty białka — upadły, jako pozbawione podstawy anatomo-patologicznej i nie zgadzające się z rzeczywistością. Długo utrzymywała się teorya (Laver-Frerichs) utrzymująca, że drgawki nie są czem innem, jak tylko mocznicą, spowodowaną pierwotnem zapaleniem nerek. Następnie była jeszcze teorya samozakażenia (badacze francuzcy) wytworami, powstającymi wskutek upośledzenia przemiany materyi (karbaminy-leukomainy), jako następstwo ciąży. Wreszcie w ostatnich czasach powstała teorya (Fehling-Dienst), dopatrująca przyczyny drgawek w płodzie, którego wytwory niedostatecznej przemiany zatruwają ustrój matki. Najbliżej prawdy zdają się być dwie ostatnie, jako oparte na charakterystycznych wynikach anatomo-patologicznych; żadna z nich jednak nie jest bez zarzutu, gdyż są to tylko hipotezy. B. i Z. sądzą, że sprawę patogenezy drgawek będzie można pchnąć naprzód, jeżeli się nie poprzestanie na badaniu stopnia jadowitości tylko krwi i moczu, ale będzie się badać w tym kierunku pojedyncze narządy. Możliwem jest bowiem, że poszukiwany czynnik trujący nie znajduje się wcale we krwi i w moczu, albo tylko w minimalnej ilości, nie dającej się wykryć, ale za to jest nagromadzony w jakimś narządzie (może w układzie nerwowym?) i ztąd wywołuje swe działanie, podobnie jak mocznik, który tylko w bardzo małej ilości wykazać można we krwi, a nagromadza się w nerkach. Badania więc wyciągów pojedynczych narządów co do ich jadowitości, mogą nam wyjaśnić patogenezę drgawek. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Fuchs. **Stwardnienie i zanik przybrzeżny rogówki.** (*Graef. Archiv f. Opht.* T. 52, 1901). Obwódka starcza (arcus senilis) rogówki ogranicza się li tylko do części przybrzeżnych rogówki i polega na złożeniu mas szklistych w powierzchownych warstwach rogówki. Jednakże nie często zdarza się, że obwódka starcza sięga znacznie w części środkowe rogówki, przyczem środek sam, leżący naprzeciwko źrenicy, jest zupełnie przeźroczysty. Jeśli się to zdarza, to najczęściej zauważyć to można na górnym odcinku rogówki. Fuchs opisuje kilka takich dość rzadkich przypadków, przyczem część źreniczna rogówki okazywała zanik: istota rogówkowa była ścieńczała bardzo znacznie, jak gdyby po owrzodzeniu. W jednym przypadku nawet rogówka poddała się parciu śródgałkowemu i wydęła się, wytwarzając w ten sposób niezborność wraz z krótkim wzrokiem (wydłużenie osi ocznej). F. miał sposobność badania takiej rogówki z zanikiem przybrzeżnym pod drobnowidem, przyczem stwierdził brak w tem miejscu, dotkniętem sprawą chorobową, błony Bowmana, nowowytworzone naczynia, oraz rozluźnienie tkanki rogówkowej, i rowek w tkance rogówki, jako wyraz jej częściowego zaniku. Nie jest to jednak żadne następstwo zapalenia, o czem wywiady świadczyćby powinny, ale istotny zanik. Przypadki takie już były opisywane, jednakże F. pierwszy miał sposobność dokładnego badania drobnowidowego takiego przypadku.

Dr. Brudzewski.

Ruge. **Badania anatomiczne nad wypatroszeniem gałki, jako operacyą zapobiegającą zapaleniu sympatycznemu.** (*Graef. Arch. f. Opht.* T. 52, 1901). W ostatnich dziesiątkach lat wykonuje się często wypatroszenie gałki ocznej, jako operacyę mającą zapobiegać wystąpieniu zapalenia spółczulnego oka drugiego. Jednakże podnoszą się głosy, że mimoto zapalenie sympat. oka drugiego nieraz występuje w późniejszym czasie, jak w przypadku Schmidt-Rimplera, który też jeden z pierwszych z zarzutami przeciw tej operacyi wystąpił. Zwrócił on uwagę na to, że chyba przy wykonaniu tego zabiegu nie wydobywa się całej treści jamy gałki — i te właśnie resztki naczyniówki, i nerwu wzrokowego, zostające w twardówce, dają powód do wystąpienia zapalenia spółczulnego. Taki przypadek opisał właśnie Pflüger i Schmidt-Rimpler.

Autor obecnej pracy miał właśnie sposobność badania drobnowidowego takiej gałki, na której wykonano wypatroszenie to *lege artis* — i przekonał się, że rzeczywiście mimo dobrej operacyi zostają w jamie twardówkowej resztki barwika i tkanki naczyniówkowej (operacyę wykonał prof. Schirmer z Gryfii), a tem samem operacya ta nietylko że nie może zastąpić usunięcia zupełnego gałki ocznej, ale owszem wprowadza w błąd lekarza i chorego, którzy się czują spokojnymi. *Dr. Brudzewski.*

Dr. Mironow. **O przerywaniu ciąży zapomocą elektryczności.** (*Żurnał akuszerstwa i żeńskich boleznej* Nr. 12, 1901). Przy stosowaniu stałego prądu metodą Apostoliego autor zauważył, że przy wprowadzeniu elektrody tuż powyżej wewnętrznego ujścia

macicy skurcze jej są silniejsze, niż w innych razach, gdy n. p. elektroda sięga dna. Da się to wytłómaczyć bliskością zwoju szyjki macicznej (najsilniejszego i najliczniejszego splotu nerwowego macicy. Powyższe spostrzeżenie naprowadziło autora na myśl stosowania prądu elektrycznego w celu przerywania ciąży. Po należytem odkażeniu wprowadzał on elektrodę dwubiegunową do szyjki macicznej i stosował prąd 75—100 M. A. w ciągu 15-tu minut; zabieg ten stosował 2—3 razy na dobę aż do otrzymania pożądanego skutku. W dwu przypadkach opisanych wystarczyła trzykrotna elektryzacya do sprowadzenia czynności porodowej, przebiegającej zupełnie według typu fizyologicznego. W trzecim przypadku wobec bardzo słabo pobudliwej macicy stosował prąd silniejszy (aż do 200 M. A.) ośm razy i zdołał wzniecić czynność porodową. Przebieg połogu we wszystkich trzech przypadkach był zupełnie prawidłowy. Sposób ten uważa autor za najlepszy ze wszystkich, dążących do przerwania ciąży, gdyż daje rękojmię bezpieczeństwa, nie jest przykry dla chorych i wznieca poród pod względem mechanizmu i przebiegu najbardziej zbliżony do fizyologicznego. *Z. Czaplicki.*

Dr. M. O. Wyss. **Dwa dziesięciolecia chirurgii nerek.** (*Brunsa Beitr. zur klin. Chir.* T. XXXII, Nr. 1). Na 243 stronicach rozpisuje się W. o kazuistyce cierpień chirurgicznych nerek, spostrzeganych od roku 1881 do 1901 w klinice Krönleina w Zurychu. Tłem tej długiej rozprawy jest 118 odpowiednich przypadków. Całą tę kazuistykę ugrupować można w sposób następujący:

1) Nerka ruchoma — przypadków 18. W 16 przyszycie nerki (*nephropexis*) m. Guyon, % śmiertelności bezpośredniej = 0. Wyleczeń trwałych 7.

2) Nowotwory złośliwe — przypadków 15. We wszystkich stwierdzono raka. Do operacyi nadawało się 11 i tyleż razy wykonano wycięcie nerki, zawsze zewnątrzotrzewnowo. Śmiertelność pooperacyjna 10%, trwałe wyleczenie u dwóch chorych.

3) Jeden przypadek ograniczonego zwyrodnienia nerki (*degeneratio renis circumscripta*) i jeden potworniak (*teratoid*). W obu wycięcie nerki z zupełnym efektem.

4) Nefrostomia w jedynym przypadku bąblowca doprowadziła do zupełnego wyleczenia.

5) Na 10 przypadków puchliny wodnej nerek operowano 9 razy: 3 nefrektomie, 4 przyszycia nerki (w jednym przypadku z dodatkiem nefrostomii), 1 raz nefrektomia częściowa, 1 raz nefrostomia. Z tej grupy zmarł jeden chory po wycięciu nerki z powodu zapalenia otrzewnej z przedziurawienia; 8 razy wyleczenie trwałe.

6) Z 37 przypadków gruźlicy nerek operowano w 29: 21 nefrektomii (+2), 3 częściowe wycięcie nerki (+1), 2 nefrostomie (+1); 3 szerokie nacięcie ropnia (+2). O ile się dowiedzieć zdołano, 17 z operowanych cieszy się zupełnem zdrowiem.

7) Otok ropny nerek leczono w 7 przypadkach: 4 nefrektomie, 3 nefrostomie (+1). O wiadomo, że są zdrowi.

8) Kamicę nerkową, spostrzeganą 8 razy, leczono chirurgicznie 6 razy: 2 nefrektomie, 3 nefrolitotomie i jedno nacięcie próbne (+2). Żyje zdrowych 2.

9) Po przypadkowem podwiązaniu moczowodu, po umyślnem jego wycięciu podczas operacyi raka kiszki i po zaciśnięciu moczowodu bliznami w przebiegu zapalenia stawu biodrowego, musiano wyciąć nerkę (+1).

10) Po urazie nerki leczono chorych 14. Postępowano bardzo zachowawczo. Na nerkach bezpośrednio nic nie poczynano. Zmarło trzech nieoperowanych chorych.

Prócz tego notuje autor przypadki wrodzonej wodnej puchliny nerek, zwyrodnienia torbielkowatego nerek, nerki podkowiastej i t. p.

Z innych uwag autora zanotować się godzi, że w drugiem dziesięcioleciu śmiertelność bezpośrednia po operacyach na nerkach znacznie się zmniejszyła, dzięki używaniu do znieczulenia wyłącznie eteru (nie chloroformu!) i unikaniu wszelkich antyseptyków. Następnie podnosi W., że puchlina nerek powstaje tylko wobec przewlekłego zamknięcia moczowodu (nie ostrego) i przy równoczesnych zmianach nieżytowych w miedniczkach. Dalej czyni uwagę, że gruźlica nerek może być sprawą pierwotną i może się sama wyleczyć. Lecz na to trzeba długo czekać, gdy tymczasem druga nerka ciągle jest narażoną na niebezpieczeństwo zakażenia. Wreszcie autor zwraca uwagę na bardzo rzadkie przypadki, ściśle ograniczone do jednej części i jednej nerki, przypadki zwyrodnienia torbielkowatego; zdaniem W. przypadki takie leczyć się winno wycięciem nerki.

Herman.

Prof. Dr. H. Küttner. **Rana kłóta trzustki, wyleczona przez zaszycie.** (*Brunsa: Beitr. zur klin. Chir.* XXXII, 1902, Nr. 1). Pacyent został skaleczony nożem w brzuch. Stwierdzono wypadnięcie żołądka i jelit, rozległą ranę ciętą przedniej ściany żołądka i obfity krwotok z głębi brzucha. Przyczyną tego ostatniego była rana cięta trzustki. Dwoma szwami głębokimi i jednym powierzchownym krwotok opanowano, poczem opatrzono żołądek, jelita i ranę w powłokach. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

Sawicz. **Wydzielina soku jelitowego.** (*Bolniczna ja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 6). Badania Sawicza (z pracowni prof. Pawłowa), tyczące się soku jelitowego, uzupełniają poniekąd prace Szepowalenki, Lintwarewa i innych, mają one mianowicie na celu rozstrzygnięcie zagadnienia, co właściwie wywołuje wydzielanie się tego soku? Wprowadzając rurkę do jelita psa głodnego, otrzymał S. nieznaczną ilość płynu z bardzo małą zawartością kinazy; w następnych porcyach ilość kinazy szybko spadała do zera. Można było zatem wnioskować, że mechaniczne drażnienie rurką wywołuje wydzielanie się tylko wody, ponieważ w czasie karmienia sok jelitowy wydziela się zawsze z obfitą zawartością kinazy. Wprowadzając potem do jelita różne substancye, mianowicie sok trzustkowy, sok żołądkowy, rozczyny skrobi, żółć, zawiesinę tłuszczową, zawiesinę składającą się z tłuszczu i soku trzustkowego i t. d., przekonał się S., że z tych wszystkich przetworów jedynie sok trzustkowy, nawet użyty w bardzo niewielkiej ilości, wywołuje obfite wydzielanie się soku jelitowego z znaczną zawartością kinazy. Oprócz soku trzustkowego podobne działanie wywierał i surowy sok mięsny; należy jednak pamiętać, że w tym soku może zawierać się zaczyn trzustkowy, tak jak pepsyna znajduje się w mięsie surowem; przegotowany sok mięsny nie miał żadnego wpływu na wydzielanie się soku jelitowego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dehio. **O starzeniu się serca.** (*XI-ty Zjazd przyrodników i lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 3). Badania prof. Dehio (Dorpat) przekonały go, że podczas pracy fizycznej ciśnienie krwi nie utrzymuje się w wieku starczym na jednakowym poziomie, jak to ma miejsce u osobników młodych, lecz szybko spada, wywołując duszność, kołatanie serca, ściskanie w piersiach i inne oznaki ostrej mechanicznej niedomogi serca. Serce starcze nie jest w stanie wykonywać tak częstych skurczów, jak to czyni serce młode; okoliczność ta usposabia w znacznym stopniu do szybszego wystąpienia jego niewydolności. Zaburzenia w czynności serca występują wskutek zmian anatomicznych, polegających na bujnym rozroście tkanki łącznej i zaniku włókien mięśniowych w miąższu ścian serca, zwłaszcza w przedsionkach. Tej sprawie chorobowej D. daje miano *myofibrosis cordis* i odróżnia ją od *myocarditis callosa* i *infectiosa*. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łangowoj. **Pośrednie i bezpośrednie skutki gastroenterostomii.** (*VIII Zjazd Pirogowski w Moskwie. Wracz* 1902, Nr. 6). Na podstawie 10-ciu przypadków bliznowatego zwężenia odźwiernika (9 w następstwie wrzodu okrągłego żołądka i 1 po otruciu kwasem siarkowym), w których zastosowano zabieg operacyjny, Łangowoj doszedł do następujących wniosków. Wszystkie objawy zaburzeń w trawieniu (bóle, odbijanie, zgaga, wymioty itd.) ustają bardzo szybko po wykonaniu gastroenterostomii; polepszenie to jest zwykle trwałe; zastój treści w żołądku zmniejsza się również po dokonanej operacyi, lecz nie znika w zupełności. Wzmożony ruch perystaltyczny żołądka, który występuje przed operacyą bardzo wybitnie, po jej dokonaniu ustaje zupełnie. Wytworzony otwór w żołądku posiada zdolność zamykania się; tylko w 1 przypadku przy rozdymaniu żołądka powietrze przedostawało się odrazu do jelit, po ukończeniu zaś rozdymania dolna część brzucha powoli opadała. Ogólna kwaśność soku żołądkowego obniża się we wszystkich przypadkach; w niektórych z nich wolny kwas solny znika zupełnie, pomimo że przed operacyą był w kilku przypadkach nadmiar kwaśności. Domieszka żółci do treści żołądka spostrzega się we wszystkich przypadkach. Zaparcie stolca po operacyi ustępuje szybko; uporczywe rozwolnienie wystąpiło tylko w 1 przypadku. Ogólna waga chorych stale podnosiła się. (Prawie też same wyniki ogłosił i nasz rodak, Dr. Rencki, na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w roku 1900 *Sprawozdawca*).

Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. J. Thomayer. **Znaczenie metody fizykalnej w rozpoznawaniu gruźlicy początkowej.** (*Sbornik klinický* T. III, Zeszyt 3). Autor zadaje sobie pytanie, o ile możemy środkami fizykalnymi, obecnie nam dostępnymi, stwierdzić początek gruźlicy, która, jak to Birch-Hirschfeld wykazał, zaczyna się nieżytem oskrzelowym, ograniczonym do szczytów płucnych. Opukiwanie nie ma tu znaczenia. Z objawów przysłuchowych podają autorowie, jako cechy gruźlicy początkowej: 1) osłabienie szmerów oddechowych; 2) wdech zaostrzony; 3) wydech przedłużony; 4) wdech przerywany (*saccadée*); 5) rzężenia.

W zakładzie prof. Thomayera badano szczegółowo chorych z początkowymi objawami gruźlicy, którzy się zgłosili po raz pierwszy w roku 1899 i kazano im zgłosić się w rok później. U 17-tu

z osłabionymi szmerami oddechowymi jednego szczytu znaleziono tę samą zmianę po roku mimo zupełnie dobrego stanu zdrowia. U czterech chorych z ciężkimi objawami jam płucnych stwierdzono po roku wyleczenie i tylko osłabienie szmerów oddechowych było wykazalne. Ztąd wniosek, że osłabienie szmerów nie jest objawem rozpoczynającej się gruźlicy, lecz raczej wskazuje na zakończenie sprawy. U czterech stwierdzono niezmieniony po roku wydech przedłużony, mimo dobrego stanu. Tak samo wdech zaostrzony pozostawał bez zmiany. Zachowania się oddechu przerywanego autor nie spostrzegał. Wszystkim powyższym objawom odmawia Thomayer znaczenia rozpoznawczego. Jedynie furczenia lub rzężenia słyszalne po kaszlu w szczytach płucnych mają zdaniem jego znaczenie rozpoznawcze. *Dr. M. Blassberg.*

Nobécourt i Merklen. **O roli łańcuszkowca i zmian w wątrobie w wytwarzaniu rumieni zakaźnych.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Lipiec, 1901). Często w przebiegu pewnych chorób zakaźnych, jakoteż chorób krtani, płuc i przewodu pokarmowego wytwarzają się wysypki podobne do płoniczych lub odrowych, a powstają one prawdopodobnie skutkiem zakażenia następowego. Autorowie spostrzegali podobne wysypki w przebiegu chorób przewodu pokarmowego u dzieci młodszych i w przebiegu chorób gardła, a badanie wykazało na błonach śluzowych tych narządów i we krwi łańcuszkowce. Badania histologiczne naprowadziły autorów na myśl, że łańcuszkowce dlatego w niektórych przypadkach powodują wystąpienie wysypki, a w innych nie, że w pierwszym przypadku powodują one zmiany w wątrobie, dające się histologicznie wykazać. *Dr. Jan Landau.*

Moncorvo. **O dnie zniekształcającej w wieku dziecięcym.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Lipiec, 1901). Dziecko pięciomiesięczne z objawami kiły i zimnicy, pochodzące z matki, cierpiącej na gościec stawowy i z ojca, podejrzanego o kiłę, przedstawia następujący obraz: na ręce prawej i lewej zgrubienie wrzecionowate stawów śródręcza i falang palca grubego; guzy na stawach dwóch pierwszych falang palca wskazującego, czwartego i piątego. Miejsca obrzękłe zaczerwienione i bolesne; na innych palcach brak obrzmienia. Zresztą zmian na innych stawach nie było. Badanie promieniami Röntgena wykazuje nasady kostne prawidłowe. *Dr. Jan Landau.*

Dr. G. v. Illyés. **Cewnikowanie moczowodów i radyografia.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* T. 62, 1902, Z. 1 i 2). Stosując się do zalecenia Tuffiera, L E. Schmidta, G. Kolischera i F. Loewenhardta wprowadzał autor przy pomocy cystoskopu do moczowodów cewniki opatrzone w mandryn metalowy (drut srebrny lub ołowiany), poczem tak przygotowanych chorych przeświecał X — promieniami. Otrzymywał radiogramy z bardzo wyraźnym cieniem, odpowiadającym cewnikowi, względnie przebiegowi moczowodów. Szczegół ten wyzyskać można w kierunku rozpoznawczym: śledząc bowiem stosunek obrazu cewnika w moczowodzie do cienia, odpowiadającego nerce, możemy wnioskować o przyrodzie jakiegoś guza w jamie brzusznej, a dalej taka wskazówka zwrócić musi naszą uwagę na jakiś nikły i niewyraźny cień na röntgenogramie, który takim tylko sposobem uznać możemy za kamyki w miedniczce. *Herman.*

Prof. J. Dollinger. **Sztuczna odma piersiowa, jako operacya wstępna do wycięcia przenikających nowotworów klatki piersiowej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 3). Treść rozprawki przytoczona w tytule. Dodać należy tylko tyle, że autor takie postępowanie obmyślił, gdyż odma (pneumothorax), powstająca nagle u chorego narkotyzowanego i podczas operacyi, znacznie pogarsza rokowanie. Odmę wytwarza na kilka dni przed operacyą, przez przecięcie w znieczuleniu ścian klatki piersiowej w przestworzo międzyżebrowym i przez założenie drenu. Wedle tych zasad operował dwóch chorych z jak najlepszym wynikiem. *Herman.*

• • •

† Profesor Jan Baliński.[1]

Zmarły w Petersburgu dnia 24 (11) marca b. r. Prof. Jan Baliński należał do zastępu najwybitniejszych psychiatrów XIX stulecia, a jako twórca psychiatryi naukowej i klinicznej w Rosyi, oddał temu krajowi nieocenione usługi.

Urodzony w r. 1827 z ojca — Michała, znanego historyka i profesora Uniwersytetu wileńskiego i matki z domu Śniadeckiej, córki Jędrzeja Śniadeckiego, ś. p. prof. Baliński otrzymał nader staranne wychowanie i poważne wykształcenie szkolne. Po ukończeniu klasycznego gimnazyum w Warszawie zapisał się w r. 1842 do Medyko-Chirurgicznej Akademii w Petersburgu. Rozpoczynając nauki lekarskie, jako 15-letni słuchacz, uczynił Baliński podanie o wyjątkowe prawo odbycia 1-ego i 2-ego kursu Akademii jednocześnie, z zobowiązaniem uczęszczania w ciągu roku na wszystkie repetytorya i poddania się najostrzejszemu egzaminowi z wszystkich przedmiotów, obowiązujących do przejścia na kurs 3. Uzyskawszy to pozwolenie, dotrzymał najzupełniej uczynionej obietnicy i dobrowolnie przyjętych zobowiązań. Po 4-ech latach pobytu w Akademii, jako 19-letni młodzieniec, otrzymał Baliński stopień lekarza, przyczem został odznaczony złotym medalem i zapisany na marmurowej tablicy (najwyższe odznaczenie dla kończących Akademię).

W r. 1850 wstąpił Baliński do służby wojskowej w Oranienbaumie i otrzymał przeznaczenie do 2-go „wojskowo-lądowego" (obecnie klinicznego) szpitala w Petersburgu.

Na dalsze losy Balińskiego wywarli wielki wpływ rodacy nasi, którzy wówczas zajmowali katedry profesorskie w Akademii Medycznej w Petersburgu; do nich należeli Józef Mianowski i Antoni Krasowski, szczególnie pierwszy.

W r. 1852 adjunkt-profesor przy prof. Mianowskim, Dr. Henryk Kułakowski, został mianowany profesorem zwyczajnym; Mianowski wystąpił na konferencyi profesorskiej z wnioskiem, ażeby Akademia nadała Balińskiemu posadę, opróżnioną przez awans Kułakowskiego. Konferencya przyjęła propozycyę przychylnie, ale na zatwierdzenie ministra wojny czekać trzeba było aż 4 lata; były tu niezawodnie przyczyny natury osobistej, oprócz tego prawdopodobnie mianowaniu temu stała na przeszkodzie ta okoliczność, że Baliński wówczas nie posiadał jeszcze stopnia doktora medycyny.

Rozprawę na stopień doktora medycyny przedstawił Baliński dopiero w lutym 1855 r. p. t. *„Conspectus historicus in febris doctrinam"*. W r. 1856 minister wojny zatwierdził wreszcie Balińskiego na stanowisku adjunkta prof. Mianowskieg specyalnie do wykładów z zakresu pedyatryi. Jesienią 1856 r. rozpoczął Baliński wykład dla słuchaczy IV kursu, lecz jako profesor chorób dziecięcych cieszył się niewielkiem powodzeniem; były to wykłady teoretyczne, do których podobno profesor własnego mało wkładał, to też słuchaczów miał niewiele.

Rozszerzenie w r. 1857 programu nauczania w Akademii wytworzyło potrzebę mianowania osobnego profesora dla wykładów psychiatryi, która dotąd należała do przedmiotów podrzędnych, łączonych zwykle z innymi; (w tym czasie wykładał ją prof. Kułakowski, farmakolog, a przed nim prof. Mianowski, terapeuta). Idąc za poradą i poleceniem prof. Krasowskiego, prezydent Akademii polecił w r. 1857 prof. Balińskiemu rozpocząć wykłady z zakresu psychiatryi (teoretyczne dla 3-ego kursu i kliniczne dla 5-ego. Tu dopiero młody profesor znalazł się w swoim żywiole: po opracowaniu szczegółowego programu; rozpoczął wykłady, które szczyciły się niesłychanem powodzeniem; po raz pierwszy w Rosyi zaczęto podczas wykładów psychiatryi wyjaśniać słuchaczom teoryę na dobranych chorych; na tem polu klinicznem umiał Baliński porwać słuchaczów tak głębią myśli, jak świetną wymową; unosił go szlachetny zapał, który się udzielał licznemu audytoryum. Na te wykłady Balińskiego, które zyskiwały coraz większy rozgłos, uczęszczali licznie nie tylko studenci, lecz nieraz i osoby nie należące do kategoryi słuchaczów (prezydent Akademii, profesorowie i t. d.). Lecz tak prof. Baliński, jak i jego słuchacze odczuwali dotkliwie brak choć jako tako urządzonej kliniki; istniejący niewielki oddział dla obłąkanych przy „wojskowo-lądowym" szpitalu, według zdania naocznych świadków przedstawiał się wprost niemożliwie („pod wielu względami stał niżej od średniowiecznych zakładów dla obłąkanych", jak mawiał sam prof. Baliński).

[1]) Główne daty przy opracowaniu tego życiorysu wypisałem z pracy Dra Tekutiewa p. t.: »Historya katedry i kliniki psychiatrycznej w Akad. Med. w Petersburgu«.

Pod wpływem energicznych jego zabiegów, popartych przez prezydenta, oddział dla umysłowo chorych został zupełnie przekształcony według projektu samego Balińskiego. Natychmiast po otwarciu nowego oddziału w r. 1859 rozpoczął prof. Baliński robić starania o wysłanie go zagranicę dla poznania tamtejszych instytucyi dla obłąkanych.

Uzyskawszy upragnione pozwolenie, spędził Baliński 4 miesiące na zwiedzaniu zakładów w Niemczech, Francyi, Belgii i Anglii, a program jaki sobie wyrobił podczas zwiedzania tych instytucyj, świadczy, jak poważnie i gruntownie zapatrywał się na swoje zadanie.

Jednocześnie z urządzaniem oddziału psychiatrycznego, zajął się Baliński ułożeniem skryptów z psychiatryi dla swoich słuchaczów. Nie upłynęło roku od objęcia katedry, a już (w r. 1858) wydał 8 litografowanych arkuszy, a w r. 1859 resztę (również 8 arkuszy) swego podręcznika, który zyskał wielkie uznanie tak u grona profesorów, jak i u słuchaczów. Był to pierwszy podręcznik psychiatryi, urzędownie uznany w Rosyi. Najmniej miejsca poświęcił Baliński opisowi poszczególnych postaci chorób umysłowych; zajęły go głównie obok rokowania i leczenia etyologia, patogeneza i anatomia patologiczna cierpień psychicznych. Leczeniu fizykalnemu autor mało udzielił miejsca, natomiast szczegółowo roztrząsa leczenie moralne i psychoterapeutyczne. Podręcznik zawiera w sobie szczegółowy opis urządzeń zakładów dla obłąkanych.

W r. 1860 utworzona została w Akademii etatowa katedra psychiatryi, którą zajął Baliński, jako profesor zwyczajny.

Nie zadawalniając się przekształconym oddziałem dla umysłowo chorych, Baliński włożył cały zapas swej energii w zabiegi około wybudowania nowej kliniki psychiatrycznej. Miał on tu do przełamania niezliczone mnóstwo trudności, podjął się jednak olbrzymiego trudu początkowania i rozwinięcia wymarzonego dzieła: dwa razy był zagranicą dla poznania planów budowy specyalnych zakładów i w r. 1867 po przezwyciężeniu wszystkich przeszkód ujrzał ziszczonem swe dzieło, klinika została otwarta.

W tym samym czasie również na wniosek prof. Balińskiego założony został czasowy przytułek dla chorych nieuleczalnych, cierpiących przewłocznie na zboczenia umysłowe.

Niezwykły organizatorski talent Balińskiego i głęboka wiedza specyalna, uczyniły z niego pierwszorzędną powagę psychiatryczną w Rosyi; gdzie tylko w tem państwie powstawała sprawa budowy zakładu dla obłąkanych, zasięgano rady Balińskiego, jako najpoważniejszego znawcy. W jednym z takich wyjazdów znawcy znalazł się prof. Baliński i w Królestwie Polskiem: był to czas, kiedy dyrektor Departamentu medycznego w Petersburgu, Dr. Pelikan, nosił się z myślą założenia „okręgowych lecznic dla obłąkanych“ w różnych miejscach państwa. Projekta te na razie nie doszły do skutku, ale właśnie w sprawie zamierzonej budowy w Warszawie centralnego zakładu dla obłąkanych (obliczonego na 300 łóżek), hr. Berg, ówczesny namiestnik, zwrócił się w r. 1866 do ministra wojny Milutina z prośbą o przysłanie prof. Balińskiego dla zasięgnięcia jego zdania. Wysłany do Warszawy, ułożył w ciągu jednego miesiąca projekt i plan budowy wspomnianego zakładu.

Jednocześnie z częstymi wyjazdami w celach naukowych i organizatorskich zagranicę i wewnątrz państwa, Baliński rozwijał swą działalność organizatorską i w innych kierunkach: w r. 1861 założył „Towarzystwo psychiatrów“ w Petersburgu; następnie dał początek bogatemu zbiorowi biblioteki specyalnej przy klinice psychiatrycznej. Wreszcie jako członek medycznej Rady przy ministerstwie spraw wewn. i wojskowo-medycznej Rady przy ministerstwie wojny, — Baliński brał udział w naradach nad wszystkiemi sprawami, które miały związek z psychiatryą i opieką nad umysłowo chorymi w całem państwie rosyjskiem. Od czasu założenia kliniki psychiatrycznej Baliński oddał się wyłącznie pracy nauczycielskiej, a w r. 1876 po wysłużeniu 25 lat przeszedł w stan spoczynku w tem przekonaniu, że „zadanie, należące do niego i jego czasów, zostało przezeń spełnione, a dla dalszego rozwoju instytucyi potrzebne są nowe siły“.

W r. 1876/7 wykładał Baliński psychiatryę na kursach lekarskich dla kobiet, poczem oddał się wyłącznie pracy administracyjnej: nie było bodaj komisyi w tej lub innej sprawie, dotyczącej opieki nad obłąkanymi w Rosyi, do którejby nie był powołany, bądź jako jej przewodniczący, bądź też jako członek-znawca. W sprawach psychiatryi pozostał on do końca życia najwyższą i rozstrzygającą powagą w Rosyi. Ostatnie kilka lat, począwszy od r. 1895, Baliński z powodu nadwątlonego zdrowia zupełnie się usunął od wszelkich spraw i resztę życia spędził w zaciszu domowem.

W życiu tutejszej kolonii polskiej zmarły profesor nie brał wogóle prawie żadnego udziału.

Streszczając działalność profesora Balińskiego, należy ją nazwać głównie organizatorską i pedagogiczną: był on twórcą pierwszego w Rosyi zakładu naukowego z zakresu psychiatryi, stojącego na wysokości wymagań nauki; powołał do życia szkołę, z której wyszedł zastęp wybitnych psychiatrów rosyjskich (w tej liczbie kilka naszych rodaków z prof. Mierzejewskim na czele, najbliższym uczniem i następcą prof. Balińskiego); wreszcie postawił sprawę opieki nad obłąkanymi w Rosyi na stopie, zbliżonej do urządzeń zachodnio-europejskich.

Prac drukowanych (z wyjątkiem doraźnego artykułu „Ekspertyza w sprawie Mironowicza, Bezaka i Siemianowej“ w r. 1885), prof. Baliński nie pozostawił. Wypowiadał podobno żartobliwie zdanie, że „pisać nie warto, bo w każdym razie następne pokolenie przedstawi i opisze sprawę lepiej, niż poprzednie; jeżeli zaś pisać, to coś epokowego — *etwas Epoche machendes*“.

O udziale jednak prof. Balińskiego w postępie nauki świadczą rękopiśmienne jego prace, jako to: projekt urządzenia kliniki, obszerna korespondencya z powodu budowy tego zakładu (z wyłożeniem zasad opieki nad umysłowo chorymi), wreszcie wykłady psychiatryi, na których wychowało się całe pokolenie znakomitych psychiatrów.

Kończąc na tem życiorys znakomitego uczonego, żałować tylko należy, że tak niezwykły talent organizatorski, taka żelazna energia i wytrwałość, zużyte zostały na obczyznie i nie znalazły — bo nie szukały — pola na glebie ojczystej.

Dr. Stefan Rudzki (Ptbg).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Program kursów dla lekarzy,

które odbędą się od 7 do 26 lipca 1902 r. w Krakowie.

1) Prof. Dr. Kostanecki: Anatomia narządu moczopłciowego; między 7 a 12 lipca, codziennie od 5 do 6 wieczorem. Czesne 10 koron.

2) Docent Dr. Bochenek: Anatomia topograficzna klatki piersiowej i jamy brzusznej, 2 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

3) Prof. Dr. Cybulski: Najnowsze teorye o unerwieniu serca. Ogółem 5 godzin. Czesne 10 koron.

4) Prof. Dr. Stopczański: O sposobach badań chemicznych wydzielin i wydalin ustroju ludzkiego i wynikach uzyskanych przez nie dla celów fizyopatologicznych; raz na tydzień po dwie godziny. Czesne 4 korony.

5) Prof. Dr. Bujwid: *a*) Praktyczne metody badania wody, powietrza i ważniejszych artykułów spożywczych. Ogółem 10 godzin. Czesne 10 koron.

b) Rozpoznawanie najważniejszych bakteryj i pasorzytów. Ogółem 4 godziny. Czesne 4 korony.

c) Szczepionki zapobiegawcze, ich badanie, oraz przyrządzanie. Ogółem 5 godzin. Czesne 5 koron.

6) Prof. Dr. Klecki: Podstawy naukowe najnowszych kierunków terapeutycznych. Ogółem 6 godzin, od 6 do 7 wieczorem. Czesne 10 koron.

7) Prof. Dr. Ciechanowski: *a*) Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna; 7 godzin tygodniowo, od godziny 8 do 9 rano. Czesne 15 koron. *b*) Dyagnostyka mikroskopowa nowotworów: 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron, (najwyżej dla 6 uczestników).

8) Prof. Dr. Łazarski: O nowszych lekach i lekach działających heroicznie; 5 godzin tygodniowo. Czesne 10 koron.

9. Prof. Dr. Korczyński wraz z prof. Drem Jaworskim: Kurs praktyczny dyagnostyki chorób wewnętrznych, z szczegółowem uwzględnieniem metod badania chemicznego, bakteryologicznego i drobnowidowego: 3 razy tygodniowo, od godziny 8 do 10 rano. Czesne 12 koron.

10) Prof. Dr. Kader: *a*) Ćwiczenia kliniczne w badaniu i leczeniu chorych chirurgicznych z specyalnem uwzględnieniem ortopedyi; 3 razy tygodniowo, od godziny 12 do 2. Czesne 12 koron. *b*) Ćwiczenia operacyjne na zwłokach ludzkich i zwierzętach żywych; 3 razy tygodniowo od 12 do 2. Czesne 36 koron, (najwyżej dla 6 uczestników).

11) Prof. Dr. Trzebicky: Ćwiczenia w operacyach i opatrunkach chirurgicznych z uwzględnieniem potrzeb lekarzy praktycznych: 6 razy tygodniowo po 2 godziny. Czesne 24 koron.

12) Docent Dr. Bossowski: Chirurgia w zakresie niezbędnym dla lekarza wykonującego praktykę; 5 godzin tygodniowo. Czesne 30 koron.

13) Prof. Dr. Wicherkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu najważniejszych chorób ocznych, ćwiczenia w wziernikowaniu, demonstracye operacyj ocznych: 3 razy tygodniowo od 8 do 10 godziny rano. Czesne 12 koron.

14) Prof. Dr. Jordan: Ćwiczenia w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorych ginekologicznych: 5 razy tygodniowo. od godziny 10 do 12. Czesne 20 koron, (najwyżej dla 20 uczestników: zamiejscowi mają pierwszeństwo).

15) Docent Dr. Rosner: *a*) Ćwiczenia w badaniu ciężarnych, rodzących i położnic 5 razy tygodniowo; od 8 do 10 rano. Czesne 20 koron. *b*) O wskazaniach, warunkach i technice operacyj położniczych; 3 razy tygodniowo, od 5 do 6 wieczorem. Czesne 6 koron Oba kursy najwyżej dla 20 uczestników: zamiejscowi mają pierwszeństwo.

16) Prof. Dr. Jakubowski: Pogląd na nowoczesne sposoby badania, rozpoznawania i leczenia chorób dzieci, wraz z demonstracyami na chorych w klinice i ambulatoryum pedyatrycznem; 5 godzin tygodniowo, od 9 do 10 rano. Czesne 10 koron.

17) Docent Dr. Raczyński: Nowsze metody leczenia chorób zakaźnych z szczególnem uwzględnieniem seroterapii i intubacyi. W pierwszym tygodniu 6 razy, od godziny 9 do 11, potem w miarę materyału. Czesne 24 koron.

18) Prof. Dr. Reiss: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych 4 razy tygodniowo od godziny 9 do 10 rano. Czesne 8 koron.

19) Prof. Dr. Wachholz: Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich: 2 razy tygodniowo, od godziny 12 do $1^1/_2$. Czesne 6 koron.

20) Prof. Dr. Żuławski: Dyagnostyka chorób umysłowych; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 12. Czesne 50 koron.

21) Prof. Dr. Pieniążek: Kurs praktyczny o chorobach górnych dróg oddechowych z szczególnem uwzględnieniem ich zwężeń; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 11 rano. Czesne 10 koron.

22) Prof. Dr. Browicz: Kurs otyatryi 5 razy tygodniowo, po godzinie. Czesne 10 koron.

23) Doc. Dr. Lepkowski: Kurs wyrywania zębów, 2 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

W sprawie honoraryów lekarskich.

Na liczne zapytania w sprawie ściągania zaległych honoraryów lekarskich przez Tow. samopomocy lekarzy, które jako sekretarz tegoż Towarzystwa otrzymuję, pospieszam dać wspólną wszystkim P. T. Kolegom odpowiedź, korzystając z uprzejmości Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

W wykonaniu uchwały Walnego zgromadzenia Tow. samopomocy z dnia 24 listopada 1901 r. utworzył Wydział Towarz. t. zw. »Oddział należytości dla członków«. Zadaniem jego jest, w myśl życzeń Kolegów, ściąganie zaległych honoraryów. Postępowanie przy tem jest następujące: Kolega X, któremu winien jest pacyent Z. kwotę n. za leczenie, zgłasza pretensyę swą listownie do Wydziału Towarzystwa na ręce Sekretarza. Na to otrzymuje blankiet z cesyą pretensyi swej na rzecz Towarzystwa, który podpisawszy, zwraca Wydziałowi. Od tej chwili pacyent Z. staje się dłużnikiem Towarzystwa, które przesyła mu I-sze upomnienie zapłaty. Gdy to do dni 8 nie skutkuje, przesyła mu się upomnienie II-gie z zagrożeniem kroków sądowych. Jeżeli i to pozostanie bez skutku, ściąga Towarzystwo na drodze sądowej zaległość, którą następnie po strąceniu pewnej prowizyi zwraca Koledze X., o ile ten nie przekaże całej kwoty Towarzystwu lub na inny cel humanitarny.

Tego rodzaju biuro ściągania honoraryów lekarskich istnieje od lat kilku w Berlinie, oddając, jak sprawozdania jego wykazują, prawdziwe usługi lekarzom. U nas w Galicyi mamy też podobną prywatną instytucyę, zawiązaną przed paru laty przez lekarzy w Białej. I ta również okazała się skuteczną.

Jakie korzyści przedstawia tego rodzaju instytucya?

1. Lekarz, któremu pacyent zalega z honoraryum, może być pewnym, że w ten sposób najprędzej dług swój wydobędzie, bo jak doświadczenie w Białej i Berlinie poucza, rzadko kiedy przychodzi tam do sprawy sądowej, gdyż pacyent, otrzymawszy wezwanie od korporacyi, zazwyczaj pospiesza z wyrównaniem długu 2. Gdyby przyszło do kroków sądowych, lekarz nie ponosi trudów stawania, świadczenia i t. d., gdyż załatwia to adwokat, syndyk Towarzystwa. 3. Publiczność nauczy się powoli, że długów za leczenie lekceważyć nie wolno, że każdy cent, dłużny lekarzowi, będzie wyegzekwowany, bo w interesie jednostki staje cały zorganizowany stan lekarski.

Do zubożenia lekarzy przyczynia się dziś obok innych czynników także i to właśnie, zakorzenione wśród publiczności, lekceważenie długów za leczenie. Ta sama osoba, któraby nigdy dłużną nie została aptekarzowi, kupcowi, krawcowi i t. p., nie wstydzi się wyzyskać pomoc lekarską nieraz w bardzo rozległych granicach i potem lata całe zalegać z honoraryum. Upomnienie kilkakrotne pozostaje bez odpowiedzi, aż wreszcie znudzony lekarz przestaje się upominać i kwota, często znaczna, bezpowrotnie przepada. Dzieje się też i tak: ktoś winien jest nizkie honoraryum, dajmy na to 10 lub 20 koron Lekarz upomni się raz i drugi, wreszcie widząc, że listy jego nie odnoszą skutku, pomyśli sobie: »suma ta ostatecznie mnie nie zuboży, ponosić trudów dochodzenia sądowego nie warto« — i daje pokój; 10 czy 20 koron przepada, to mniejsza, ale niesumienny pacyent nabiera przekonania, że najlepiej nie odpowiadać na upomnienia, to i długu płacić nie będzie potrzeba.

Temu brudnemu wyzyskowi raz koniec położyć należy i do tego właśnie zmierza uchwała Walnego zgromadzenia Tow. samopomocy. Niech tylko Koledzy zechcą choćby najmniejsze kwoty zgłaszać do Towarzystwa, aby oduczyć publiczność od owego brzydkiego zwyczaju »naciągania« lekarzy. Jeżeli kwota jest zbyt małą, można ją przekazać w całości na cel dobroczynny, ale nie darować jej pod żadnym warunkiem pacyentowi. Pokażmy raz przecież, że i my wyzyskiwać się nie damy i że choćby to była jedna korona, ściągniemy ją, jeżeli nam się słusznie należy.

Jako dowód, że ten sposób musi odnieść skutek, przytoczyć pozwolę sobie najświeższy przykład już z działalności naszego Towarzystwa. Pewien pacyent winien był od roku lekarzowi 40 koron. Gd. 4-krotne prywatne wezwania pozostały bez odpowiedzi, lekarz ów przekazał pretensye swe Wydziałowi Towarzystwa samopomocy. Skutek był zadziwiający; po pierwszem wezwaniu ze strony »Oddziału należytości« Towarzystwa pacyent dług odesłał, przepraszając w najgrzeczniejszych słowach za zwłokę. *Dr. Langie*, sekretarz Tow. samopomocy.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 kwietnia.

* Komisya sanitarna m. Krakowa uchwaliła na ostatniem posiedzeniu odroczyć na razie sprawę obsadzenia wakującej posady fizyka miejskiego; Komisya oświadczyła się za przekazaniem tej sprawy przyszłej Komisyi sanitarnej, którą wybierze nowa Rada miejska.

(—) Cała prasa lekarska w Czechach zajęła nader życzliwe stanowisko wobec wniesionej do parlamentu petycyi »Tow. samopomocy lekarzy« w sprawie ubezpieczenia W ostatnim numerze »Věstnika« organu Izb lekarskich czeskiej i morawskiej, tudzież Towarzystwa »Ustředni jednota českých lékařů v. Král. Českém«, umieścił prezes tegoż Towarzystwa Dr. Vlasák obszerny artykuł, w którym przytacza przetłómaczoną na czeskie wzmiankowaną petycyę. W tym samym numerze

zamieszczono też na innem miejscu w całości list, wystosowany w języku czeskim od prezydyum »Tow. samopomocy« do wszystkich Redakcyj i Towarzystw z prośbą o poparcie petycyi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Maryan Godlewski.

* W Mauer-Oehling ma być otwarty zakład dla chorych umysłowo podług systemu angielskiego, t. j. pielęgnowania w rodzinie. Zakład ten ma stanowić kolonię małych domków z ogródkami, w których mieszkające rodziny będą pielęgnować najwyżej po dwóch chorych, podług z góry wskazanego systemu. Będzie to największy zakład dla umysłowo chorych w Austryi.

* Między 26 marca a 8 kwietnia stwierdzono dur osutkowy we Lwowie (2 przypadki) i w następujących powiatach galicyjskich: bohorodczańskim (2 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (3 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (7 gm.), przemyskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (4 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru w tygodniu sprawozdawczym było 131; w tygodniu poprzedzającym 94.

Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XII (16—22—III). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 60, zmarło osób 66 — mianowicie: z gruźlicy 13 (6 zam.), z zapalenia płuc 11, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 4 (1 zam.).

Tydzień XIII (23—29—III). Zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 101, zmarło osób 56 — mianowicie: z gruźlicy 19 (7 zam.), z zapalenia płuc 12, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 5 (1 zam.), z odry 1.

Tydzień XIV (30—III—5—IV). Zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 99, zmarło osób 81 — mianowicie: z gruźlicy 25 (9 zam.), z zapalenia płuc 10 (3 zam.), z błonicy 2 (1 zam.); z odry 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 2 (1 zam.).

Nekrologia. Dr. Adolf Kahane, lekarz pułkowy, zmarł w Jarosławiu. W Skalmierzycach (w poznańskiem) zmarł dr. Józef Iłowiecki, licząc lat 52. We Lwowie zmarł Józef Kubicki docent Akademii weterynaryi, prof. Szkoły rolniczej w Dublanach, współredaktor »Przeglądu weterynarskiego«. W Wiedniu zmarł Prof. Jan Hebra w 55 roku życia.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 4. Wysłouch: Ohyda wieku (c. d.). Z. Kramsztyk: Połączenie chorób skóry z chorobami wenerycznemi we wspólnym oddziale szpitalnym jest niewłaściwe.

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. Męczkowski: Spondylosis rhizomelica. Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy uodporniania zwierząt przeciw błonicy, oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwbłoniczej (c. d.). Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hidromyelią (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 15. Kopczyński: Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi. Kraushar: Kilka uwag z powodu 114 przypadków błonicy krtani u dzieci (dok.).

— *Lékařské rozhledy* Z. 4. Mladějowský: Poznamky k balneotherapii. V. Kučera: Poznámky k elektrotherapii (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 15. Chalupecký: Wztah vzájemný příznaků očnich při soucitnem onemocněni a traumatické neurose a jich odhad při pojišťováni úrazovém (dok.). Zahradnický: O léčeni ileu atropinem.

— *La Presse médicale* Nr. 28. Interwencya położnicza w przypadkach trudnego rodzenia. Keim: Opieka następowa po wielkich krwotokach położniczych. — Nr. 29. Trąd i syringomyelia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14. Ehrlich: O wielorakości uodporniających składników surowicy. Marmorek: O jedności gatunku łańcuszkowców chorobotwórczych dla człowieka. Holländer: Kwestya mechanicznego usposobienia do gruźlicy wraz z wnioskiem dotyczącym plastyki ubytków nosa przy wilku. Gescheit: O chorobie Meniera łącznie z jednym przypadkiem wyleczonym. Rosenfeld: Zwężenie jelita cienkiego na tle kiłowem. Wallerstein: O wystąpieniu wałeczków w moczu przy sztucznie wywołanej zastoinie żółci. Saalfeld: Przyczynek do leczenia rzeżączki przewlekłej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15. Weichselbaum: Obecny stan wiedzy o powstawaniu gruźlicy i jej zapobieganiu. Kraus i Ludwig: O bakteryohemolizynie i antyhemolizynie. Gruber: O bakteryobójczem działaniu surowicy uodporniającej. Frisch: 400 operacyj kamieni pęcherzowych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 14. Fraenkel: O szpiku kostnym i o chorobach zakaźnych. Treupel i Edinger: Badania związków rodanu. Walther: O wywichnięciu niezupełnem przy wrodzonem zwichnięciu w stawie biodrowym. Ehrlich: Płókanie żołądka rozczynem azotanu srebrowego, jako skuteczny pod względem leczniczym i rozpoznawczym zabieg pędzący żółć. Adler: O wytwarzaniu »energietyków« przez ustrój. Riedinger: O nieprawidłowościach postawy przy histeryi. Dreyer: »Primula obconica«, jako przyczyna choroby. Weinberg: Zmiana barwy włosów. Siegert: Nowoczesne sanatorya dla oseskόw i ich znaczenie dla lekarzy. Sack: O istocie i postępie Finsenowskiego leczenia światłem (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 15. Bial: O rozpoznawaniu pentosuryi. Loeventhal: Doświadczenia nad ziarnistem zwyrodnieniem krwinek czerwonych. Lenzmann: Dalsze spostrzeżenia nad przewlekłem zapaleniem wyrostka robaczkowego. Helbing: O wrodzonej szczelinie w szyjce kości udowej. Pariser: Uwagi nad leczeniem wrzodu żołądka.

Redakcya otrzymała. Działowski: Nowy przypadek alopecyi ogólnej, oraz kilka słów o etyologii i przebiegu tej choroby.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 23 b. m. o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Eisenberg mówić będzie: „O nowszych teoryach odporności".

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego odbędzie zwyczajne doroczne Ogólne Zebranie członków swych we wtorek, dnia 22 b. m., o godz. 6-tej wieczorem *w sali wykładowej kliniki lekarskiej* Uniw. Jagiellońskiego (Kopernika 15).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.